

Inmaculada Marco Arnau

"Un viaje entre delirios": la
reforma psiquiátrica en España
desde la perspectiva enfermera:
una dimensión social y
profesional de la asistencia en
salud mental

Departamento
Psicología y Sociología

Director/es
Marcuello Servós, Chaime

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**"UN VIAJE ENTRE DELIRIOS": LA
REFORMA PSIQUIÁTRICA EN
ESPAÑA DESDE LA PERSPECTIVA
ENFERMERA: UNA DIMENSIÓN
SOCIAL Y PROFESIONAL DE LA
ASISTENCIA EN SALUD MENTAL**

Autor

Inmaculada Marco Arnau

Director/es

Marcuello Servós, Chaime

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Psicología y Sociología

2016



Universidad de Zaragoza

**FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA**

Tesis Doctoral

“UN VIAJE ENTRE DELIRIOS”.

La Reforma Psiquiátrica en España desde la perspectiva enfermera:
Dimensión social y profesional de la Asistencia en Salud Mental

Doctoranda: **Inmaculada Marco Arnau**
Director de la Tesis: **Chaime Marcuello Servós**

Noviembre de 2015. Zaragoza

Agradecimientos

Al terminar esta tesis tengo que agradecer a quien me ha acompañado en este trayecto y que sin su ayuda no hubiera sido posible. Especialmente el director de tesis que depositó una confianza “ciega” en mi proyecto, y ha contribuido en todo momento con sus ánimos, correcciones, y sobre todo con su sabiduría.

Hasta aquí he llegado también, gracias al apoyo incondicional de mi marido e inmejorable compañero de vida. A mi hija, mi mayor tesoro, y mi mayor fuente de entusiasmo por seguir luchando. A mi pequeña y a la vez gran familia, mis hermanos Maribel, Santi, Manolo, mis cuñados Isabel, Javi, Emma y Pilu, y todos mis queridísimos sobrinos.

A la Junta del Colegio de Enfermería, mis compañeros en la defensa de la profesión, por haber compartido los desesperos y celebrado las alegrías, y sobre todo porque me he sentido apoyada.

A mis amigas por perdonar mi abandono: Ana, Marga, Blanca, Raquel, Cristina, Asun, Inma, Perla, Carmen, María...

A Nacho Escuín porque siempre ha estado disponible y por sus inestimables orientaciones técnicas y humanas.

A los compañeros de trabajo que en la interacción cotidiana me han enseñado a reflexionar, tolerar la discrepancia, a ampliar las perspectivas y en general a madurar como persona.

Y especialmente dedico este agradecimiento a las personas que entrevisté, por la calidez en su trato, su interés por contribuir a mi proyecto que han sentido también suyo y al tiempo que me dedicaron, sin ellas este trabajo no hubiera sido posible.

Dedicatoria

*Mi familia: Isabel y Fernando.
Mis padres que aunque ya no están siguen viviendo en mí.
Y mis hermanos, siempre juntos.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: LA PREGUNTA Y BÚSQUEDA DE RESPUESTAS.....	7
1.1 ¿Por qué un viaje como éste?.....	9
1.2 Delimitación del problema de investigación.....	13
1.3 Marco de referencia	15
1.4 Sobre la propuesta metodológica.....	20
1.4.1 Revisión documental	22
1.4.2 Investigación de campo	25
1.5 Limitaciones de la investigación.....	29
1.6 Estructura del estudio.....	30
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	33
2.1 Evolución del concepto de enfermedad mental	35
2.2 La enfermería como profesión	73
2.2.1 Aproximación a la sociología de las profesiones	73
2.2.2 Sociología de las profesiones y la profesionalización de la enfermería	84
2.3 Antecedentes a la reforma.....	111
2.3.1 La respuesta asistencial a la enfermedad mental en la historia de España	111
2.3.2 El contexto internacional. Un cambio de mentalidad.....	141
CAPÍTULO III: BASES PARA UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL FUERA DE LOS MANICOMIOS.....	167
3.1 Los primeros movimientos reformistas.....	169
3.1.1 La vanguardia asturiana.....	171
3.1.2 Guerras psiquiátricas o contestación psiquiátrica.....	178
3.1.3 El papel de la prensa y la movilización de la opinión pública.....	193
3.1.4 Papel de Coordinadora Psiquiátrica y Asociación Española de Neuropsiquiatría..	197
3.2 Diseño del modelo comunitario. Oficialización de la reforma	199
3.2.1 Desarrollo legislativo.....	204
3.2.2 Desinstitucionalización y reconversión de los antiguos hospitales psiquiátricos...	220
3.2.3 Conceptualización del modelo asistencial.....	225
3.2.4 Los dispositivos asistenciales.....	233
3.2.5 Los profesionales y el equipo asistencial	241

CAPÍTULO IV: LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA. EVOLUCIÓN DE LAS TRASFORMACIONES.....	265
4.1 Dispositivos asistenciales.....	273
4.2 Recursos humanos	302
4.3 El trabajo en equipo	314
4.4 Evolución de la conceptualización teórico práctica del modelo	322
4.5 Asociacionismo profesional y producción científica.....	332
4.6 Condiciones de vida de los enfermos mentales	335
4.7 Asociaciones de personas con enfermedad mental y familiares.....	345
4.8 Imagen social y estigma de la enfermedad mental.....	350
 CAPITULO V: LA ENFERMERIA DE SALUD MENTAL.	
Desde el manicomio a los servicios comunitarios. Una ilusión, una realidad, un futuro incierto.	359
5.1 Antecedentes históricos de la especialización de la enfermería en salud mental.....	364
5.2 La enfermería en el proceso de reforma.....	369
5.3 La formación en el periodo de transformación.....	375
5.4 La situación de la enfermera de salud mental en la actualidad	382
5.4.1 Asistencia	382
5.4.2 Producción científica	390
5.4.3 La creación de la Categoría profesional	392
 CAPITULO VI: CONCLUSIONES	399
 REFERENCIAS	411
ABREVIATURAS	469
ANEXOS:	473
I. Guion de la entrevista semiestructurada.....	477
II. Relación de los entrevistados:	479
III. Algunos escritos reivindicativos	481
IV Relación de tablas	491
V. Relación de gráficos.....	492
VI. Relación de cuadros	492

INTRODUCCIÓN

A principios de 2010 se vio cumplido uno mis objetivos profesionales, accedí a la especialidad de enfermería de salud mental. Propósito que había surgido en el momento en el que, por casualidades de la vida, comencé mi carrera profesional en el ámbito de la psiquiatría. Como enfermera me sentía preparada para un amplio espectro de tareas, pero el mundo de la enfermedad mental, en aquél momento, me resultaba completamente desconocido. Así inicié un periplo de búsqueda de formación y, fundamentalmente, de ubicación profesional. Desde entonces hasta la actualidad han sucedido muchas cosas, tanto en el desarrollo profesional de la enfermería, como en el modelo de asistencia psiquiátrica en nuestro país.

Mi formación como socióloga me ha facilitado una perspectiva de análisis, una visión analítica de búsqueda de coherencia e interconexión de los fenómenos sociales que a mí alrededor sucedían (no sin importante desconcierto dada la complejidad del proceso). De esta inquietud surge la necesidad de plantear una reflexión rigurosa partiendo de la experiencia, pero también de los datos que ayuden a afrontar los nuevos retos en los nuevos tiempos.

Este trabajo viene a revisar mis más de veinticinco años de andadura. Años entre enfermos mentales, psiquiátricos, unidades de salud mental, enfermeros, psiquiatras, auxiliares... Años en los que se ha producido el proceso de mayor transformación asistencial en España, denominado *Reforma Psiquiátrica*. Quiere ser un alto en el camino y una manera de hacer balance. Ciertamente es que trabajar en el campo de la salud mental no respondió de entrada a una elección vocacional premeditada, aunque no tardó en atraparme apasionadamente, al descubrir un mundo que permanecía entre tinieblas en el que enseguida me sentí implicada. He de reconocer que personalmente ha sido un tiempo repleto de experiencias, reivindicaciones y aprendizajes; y socialmente ha supuesto una revolución ideológica e institucional.

Hablar de salud mental comunitaria implica varios aspectos: a) una organización de los servicios teniendo en cuenta las características epidemiológicas y sociológicas de un territorio; b) un modelo de atención a la salud mental, basado en una asistencia pública, universal, gratuita, participativa, accesible, integradora y comunitaria; c) un proceso en el que la desinstitucionalización propició un nuevo concepto en la asistencia a la enfermedad mental en nuestro país; y, d), consecuentemente, un profundo cambio en los papeles tradicionales de los profesionales implicados.

Pero la situación socioeconómica existente en la España actual y en el conjunto de Europa puede poner en peligro lo conseguido hasta ahora, en un ámbito muy vulnerable, tanto por las características de la población a la que debe atender, como por la inestabilidad de su estructuración. La merma de recursos o la transferencia de la gestión de servicios a manos privadas rompe con el proceso iniciado hace años en la mayoría de las Comunidades Autónomas (CCAA). Aunque a distintas velocidades y con diferencias organizativas, la atención a la salud mental de orientación comunitaria ha ido implantándose, demostrando una alta eficacia y respeto por los derechos fundamentales. Significando un modelo que internacionalmente, hoy por hoy, no tiene contestación, por el reconocimiento de los extraordinarios beneficios que su aplicación ha comportado.

Preocupa en especial que las circunstancias políticas, sociales y económicas actuales, hagan perder lo avanzado en las últimas décadas en materia de derechos sanitarios y sociosanitarios de los enfermos mentales, con riesgo de devolvernos a situaciones pasadas. Como anticipa un documento programático de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN): *“Las circunstancias actuales están obligando a una reconsideración de principios e incluso de modelo. No es excesivo pensar que nos encontramos ante un cambio de modelo de salud. O lo que es lo mismo, a un cambio de modelo social”*, (AEN, 2012, mimeo).

Ante el riesgo de una peligrosa involución, considero que puede ser interesante una reconstrucción del proceso: una revisión del esfuerzo invertido en la transformación de la asistencia, de las repercusiones en la calidad de vida de los enfermos, del desarrollo profesional y de la eficiencia de los recursos actuales. Se pretende una reflexión desde dentro, desde la experiencia como profesional participante en las mencionadas reformas, buscando aprovecharla para incrementar el conocimiento de la situación actual a la hora de analizarla y extraer conclusiones que nos ayuden a orientar la nueva etapa que debemos emprender.

Mi trayectoria profesional me ha proporcionado un punto de vista privilegiado, una perspectiva que me ha permitido observar ciertas facetas del proceso que creo han sido escasamente estudiadas y documentadas. En especial el papel desempeñado por los profesionales de enfermería en la Reforma Psiquiátrica. Profesionales que necesariamente hemos debido pasar por un profundo proceso de adaptación, desde un inicio situado en el modelo manicomial, hasta la consecución, más o menos lograda, de una atención a los enfermos acorde con el modelo de salud mental comunitaria.

Este trabajo de investigación parte de la idea de que los factores a valorar están desconectados, probablemente por pertenecer a sistemas sociales complejos y afectar en alguno de sus niveles a temas humanos de difícil pronunciamiento intelectual. Esto ha generado no pocas dificultades, resultando un relato argumental complicado, que trata de buscar la intersección de cuatro aspectos fundamentales:

1- La respuesta social en la atención a la enfermedad mental y su reflejo en los proyectos y acciones para la reforma de los servicios a ella destinados, sobre un trasfondo de creciente demanda hacia su transformación y humanización. Configurando un movimiento en consonancia con otros movimientos sociales durante la segunda mitad del siglo XX. Movimiento que, como una de sus notas esenciales, en todo momento ha mantenido inherente un componente conflictivo. Lo que no ha sido siempre fácil de dilucidar y explicar, debido a su etiología multifactorial y su polimorfo y fluctuante campo de manifestación.

2- El papel de la enfermería en la evolución de las transformaciones, la conciencia de sus carencias formativas, la búsqueda de respuesta a su falta de competencias, sus contradicciones y vivencias frente a los planteamientos reformistas y, en definitiva, la constatación de una trayectoria errática de búsqueda de identidad. En estos treinta años, el personal de enfermería que ha prestado sus servicios en las instituciones psiquiátricas, pasó de no tener cualificación alguna para su función, reducido a un rol custodial (casi carcelero), a ser un profesional con pleno derecho en los servicios, con una amplia capacitación que requiere una especialidad de dos años de formación específica dentro de los servicios, además de los cuatro años previos de preparación académica generalista. Un dato a considerar es que las circunstancias sociales, necesidades formativas y su trascendente papel para que los programas reformistas salgan adelante, hacen que sea la primera especialidad de enfermería que se desarrolle (la enfermería obstétrico ginecológica —matronas— históricamente ha seguido vías propias claramente diferenciadas).

3- La base teórica que sustenta la elaboración de nuestro análisis se enmarca dentro de la perspectiva científica que nos proporciona la sociología de las profesiones, en la cual encontramos las bases conceptuales y fundamentos que mejor nos permiten comprender y explicar la formación, desarrollo y consolidación de una profesión.

4- Por último, constituyendo los cimientos de nuestro análisis, situamos al enfermo y la enfermedad mental, entendidos como un problema que presenta una dimensión de sufrimiento personal, familiar y social, que requiere una respuesta adaptada a las exigencias de un sistema desarrollado. Sistema en el que los derechos humanos y los derechos de los enfermos demandan una respuesta institucional que tenga en cuenta, tanto una dotación de recursos adecuada y suficiente, como la contemplación de la calidad de vida de las personas cuya atención se le encomienda.

CAPÍTULO I
LA PREGUNTA Y BÚSQUEDA DE RESPUESTAS

1.1 ¿Por qué un viaje como éste?

La definición del papel de los profesionales directamente implicados en la atención al enfermo mental, y más en concreto de la enfermera y el enfermero, ha recorrido una trayectoria en los últimos treinta años —tanto en España como en la mayor parte de los países pertenecientes al orbe occidental— impensable en sus inicios. Ha sido un correlato de la evolución experimentada en el mismo periodo de la concepción social y científica de la enfermedad mental, en un evidente contexto de transformación de la mentalidad social en general.

Un simple hecho, el cambio de la tan arraigada denominación de loco por enfermo mental, en modo alguno ha podido suceder de manera súbita y sencilla. En primer lugar, ha precisado el desarrollo de un nuevo contexto social, ligado a más de dos siglos de transformaciones y conflictos, conectado con los principios de la revolución industrial y los procesos constituyentes democráticos. En segundo lugar, ha requerido que tales cambios lograran cristalizar un marco ético de derechos ciudadanos que, a la vez, fuera consciente de que tales derechos no debían excluir a ningún ciudadano, ni siquiera a quien hubiera perdido la razón. Y hasta el punto de afrontar los costes de proporcionar los recursos y medios necesarios para que los enfermos no sólo mantuvieran su dignidad en el trato personal, sino su máxima integración social posible (lo que debo adelantar constituye el fundamento ético de la “Reforma Psiquiátrica”).

De la mano del cambio de la denominación, no sólo ya terminológico, de loco por enfermo mental, sobrevino otro íntimamente vinculado: el de la consideración de sus cuidadores, de loqueros a enfermeros. Este segundo cambio es un tanto secundario, sin duda bastante menos tenido en cuenta. Pero, lo cierto es que mientras la única respuesta esperable por los pacientes consistía en su reclusión y fatal ocultación, en una situación abandonada tan terrorífica que supone una de las cimas de la miseria humana, sus cuidadores (realmente carceleros) recibían una consideración social despectiva, de auténtico lumpen profesional.

Sin embargo, hoy las cosas llevan un rumbo bien distinto. Pues, en efecto, los profesionales comprometidos con la asistencia directa al paciente con trastornos psíquicos, ya son considerados como enfermeros especializados en salud mental, con titulación universitaria superior, pudiendo llegar a aspirar al grado de doctor.

Lo que no ha llegado así como así, sino como resultado de una suerte de adaptaciones y transformaciones casi siempre convulsas y en estrecha interacción con el contexto social. No ha sido nada fácil. De hecho, se considera que los centros de reclusión de enfermos mentales, los manicomios, son el último lugar al que llega el progreso y la bonanza económica, y por supuesto la ética y magnanimidad social. Lo cual, junto a las cárceles, los convierte en un significativo indicador del grado de desarrollo global de su

contexto social. Las instituciones internacionales que califican el nivel de progreso de un país, encomiendan a sus comisiones delegadas la visita y evaluación de dichos centros, con la seguridad de que habrá de constituir una sólida referencia en su apreciación.¹

Como decimos, el cambio de la mentalidad social hacia la enfermedad mental y sus cuidadores, no fue nada fácil, constituyendo un proceso en el que confluyeron múltiples factores, a menudo vinculados a fricciones de intereses sin cuya comprensión resulta imposible explicarse los fenómenos que sucesivamente lo acompañaron.

Desde nuestro punto de vista, los hechos, realidades y escenarios del proceso, cuyo análisis consideramos imprescindible para su mejor explicación, son los siguientes:

1º) El contexto social y sus cambios tras la II Guerra Mundial con la Promulgación de la Carta internacional de Derechos Humanos en 1949.

2º) La contradicción entre la situación real de los enfermos mentales y el pronunciamiento ético internacional, con repercusión en el concepto de enfermedad mental y la definición de salud mental consensuada por parte de la Organización Mundial de la Salud, y su reflejo en la respuesta asistencial que se debe ofrecer. Con los debates al respecto, incluido el científico e ideológico.²

3º) La imposibilidad de improvisar un cambio en la respuesta asistencial, por su sujeción a:

(i) -La mentalidad social respecto a la enfermedad mental, altamente prejuiciosa.

(ii) -La propia mentalización inicial de los profesionales encargados de la asistencia, como consecuencia de los criterios para su contratación y su reducida formación, exclusivamente orientados hacia objetivos contrarios a los cambios (la contención y reclusión, frente a la resocialización), realmente obstaculizadores del inicio de cualquier proceso de cambio.

(iii) -La poderosa inercia manicomial, junto a la carencia de infraestructuras y recursos humanos alternativos con formación profesional adecuada, una cuestión con importantes imbricaciones económicas, que requiere inversiones. En este sentido, no deja de parecer lamentable que un argumento que en última instancia a menudo facilitó las decisiones políticas a favor del cambio, lo constituyó la posibilidad de especulación inmobiliaria. Los extensos y por entonces ya céntricos solares, de inmenso valor, que ocupaban los manicomios, permitían sacar dinero de ellos para otros fines. Aunque en cierta medida también pesaran las razones éticas. Además en algunas provincias, en la

¹ En ello radicó uno de los determinantes de que el franquismo, en tanto aspiraba que España fuera calificado como un país en vías de desarrollo, se planteara el inicio del adecentamiento de la situación de los locos en nuestros manicomios, algunos de ellos en condiciones tan dantescas como en la Edad Media, sin exageración alguna.

² Ninguna otra enfermedad está tan ideológicamente condicionada, en cuanto a la clarificación y determinación de su tratamiento, como la enfermedad mental.

época de los manicomios, su mantenimiento superaba el 20 % de los presupuestos anuales de sus Diputaciones, pese la amplia magnitud de las competencias sociales e infraestructuras que por aquel entonces poseían tales corporaciones.³

Los factores económicos influyeron en que finalmente, y tras una gran resistencia, se plantease la necesidad de una transformación en el modelo asistencial. Principalmente en tanto se abogaba por la supresión del hospital psiquiátrico.

Se trataba de un proceso de transformación de una institución antiquísima, que aglutinaba en su ser un gran poder simbólico. Los planteamientos de cambio condujeron a un intenso debate. Por una parte teórico-conceptual, de carácter ideológico y científico. Por otra, respecto al modelo asistencial a seguir, en muchos casos con un trasfondo de intereses económicos inmobiliarios, como ya se ha dicho, pero también de tipo corporativo profesional. Debate que finalmente configuró y constituyó lo que se ha dado en llamar *Reforma Psiquiátrica española*.

Reforma pues fruto de la confluencia de numerosos factores ideológicos y culturales, sociopolíticos, científicos, profesionales, e incluso económicos. Determinantes todos ellos de un proceso que durante varios decenios ha hecho verter ríos de tinta (libros, noticias de prensa sobre todo por conflictos, redacción de planes...). Se han discutido y reflexionado los modelos y planes de Reforma Psiquiátrica en prácticamente todos los foros sanitarios internacionales, poniéndose en práctica en todos los países de nuestra esfera cultural con sus idiosincrasias y variantes, pero con una lógica y estructura general bastante coincidente.

Mucho de ello ha quedado recogido por escrito, incorporando los planteamientos de científicos, políticos y múltiples agentes sociales, incluso los de los propios enfermos y sus familiares. En el ámbito sanitario, desde luego, principalmente de los psiquiatras, dejando la impresión de que ellos han sido los protagonistas de las transformaciones asistenciales. Y así ha sido, pero no en solitario.

Precisamente nuestro punto de vista es que han existido otros actores desde el lado asistencial, el personal directamente implicado en los cuidados al enfermo mental, unas veces denominados loqueros, otras enfermeros. Agentes que necesariamente estuvieron en la puesta en práctica de la reforma. Y, por su función, seguramente no sólo en la labor asistencial, sino en la determinación del rumbo de los cambios.

En sintonía con tales reflexiones, el objetivo de este trabajo es revisar científicamente nuestra reciente historia durante la Reforma Psiquiátrica; a través de una revisión documental y testimonial que reconsidere la trayectoria recorrida por los profesionales de enfermería e incorpore su realidad a la descripción del proceso general. Trayectoria profesional que presenta un tortuoso recorrido desde su inicial condición de loquero,

³ Según reflejaba un documento interno manejado en la reunión de Presidentes de Diputación celebrada en Alicante en 1984, del que esta autora dispone de una copia en su archivo personal.

ascendiendo por un tránsito de múltiples escalones, lleno de ambigüedad y permanentes cambios legales respecto a su formación académica y sus competencias, hasta la plena consecución de su actual condición, la de Enfermero Especialista de Salud Mental, recientemente culminada.

Convencida de la importancia de realizar una profunda reflexión en dicha dirección, mi inquietud investigadora se decantó hacia la realización de este trabajo.

El ámbito al que se circunscribe es el español, aunque se analizan (más sucintamente), las reformas de otros países que sirvieron de referencia para lo desarrollado en el nuestro. El periodo a estudiar es el comprendido entre los primeros conatos de transformación de los años 70 hasta nuestros días; sin eludirse, no obstante, la obligada revisión de las condiciones sociohistóricas previas que en nuestro país, y a lo largo de siglos, configuraron la situación de la asistencia psiquiátrica que constituye el punto de partida de nuestra investigación. Condiciones que sin duda mediatizarían el proceso reformista.

Para ello se ha recopilado toda la información posible de las fuentes disponibles, planes de reforma, informes nacionales e internacionales, hemeroteca, archivos... No obstante, aunque las fuentes sean fundamentalmente documentales, también se realiza investigación de forma directa, entrevistas y observación participante con los actores concretos, especialmente sobre los aspectos observados en la realidad asistencial que no encuentran reflejo documental, o éste es controvertido.

Por obvio que resulte, no debo terminar este apartado sin advertir que el enfoque y las reflexiones de este trabajo nunca podrán desprenderse de cierta subjetividad vinculada a mi experiencia personal, ya que el objeto de estudio en gran parte me ha tocado vivirlo en primera persona. Valorando también las ventajas que innegablemente comporta el que un buen número de los procesos reformistas que han sido analizados sucedieran mientras yo misma trabajaba en la salud mental, lo que me ha permitido conocer experiencias y entablar relación con profesionales de numerosos ámbitos y lugares de España. Además, tras tantos años, dispongo de abundante material recopilado, leído y estudiado, que sin duda me ha facilitado la tarea.

Por otro lado he de agradecer que desde el Colegio de Enfermería de Zaragoza, como vocal de Salud Mental desde hace ocho años, he tenido la oportunidad de desarrollar, servir de enlace y articular numerosas acciones en apoyo de la profesión, labor que sin duda ha contribuido a documentar mejor este trabajo.

1.2 Delimitación del problema de investigación

Por todo lo explicado, planteo como objeto de estudio la revisión crítica y socio-histórica de la reforma psiquiátrica en España desde el punto de vista del profesional de la enfermería.

Para dicho propósito se procede a conocer los acontecimientos más relevantes que permiten analizar en su contexto los cambios estructurales en la asistencia a la enfermedad mental, la legislación que la hace posible, la consecución más o menos efectiva de los objetivos de la reforma, el papel asignado a los profesionales y, en especial, la evolución de la práctica enfermera en la atención a enfermo mental.

A priori las cuestiones que subyacen a este trabajo tienen varios niveles de discusión.

En el primero propongo tres preguntas clave:

¿Qué avances se han dado en la práctica enfermera en relación a la modificación del modelo de asistencia (Reforma Psiquiátrica)?

Su contribución a que las transformaciones fuesen efectivas ¿ha sido suficientemente valorada en la historia reflejada en los referentes bibliográficos? De no ser así: ¿Qué factores pueden estar relacionados con esta falta de representación?

¿Qué cambios legales han posibilitado el avance en el proceso de profesionalización de la enfermería de Salud Mental?

En el segundo, comparando los diferentes periodos, nos preguntamos si efectivamente han sido trasladados a la práctica profesional todos los avances formativos, y legislativos que dotan a la profesión de mayores competencias y autonomía, es decir:

¿Cómo se reflejan los avances formativos en la asistencia?

¿Se ha producido por igual en todos los servicios o en algunos más que en otros?

¿Qué dificultades encuentran actualmente las y los enfermeros en su desempeño real dentro de los servicios y qué factores consideran que contribuyen a mantener estas dificultades?

En tercer lugar, además, quiero dejar constancia de determinadas intuiciones previas que orientaron mi interés hacia su estudio desde una perspectiva crítica y rigurosa:

1- Que la amplia literatura y análisis sociohistórico de la transformación de la atención psiquiátrica en España, describe muy superficialmente el papel que tuvieron que desempeñar los profesionales de enfermería, tanto como de agentes de cambio como en la puesta en marcha de los nuevos servicios, así como de su asunción de funciones dentro del equipo.

2- Que ha habido una importante implicación, incluso protagonismo, y un gran esfuerzo adaptativo que no ha sido recogido ni documentado debidamente.

3- Que la dimensión que se le da a la función de enfermería en los equipos asistenciales en cada periodo histórico, tiene una íntima relación con el modelo asistencial imperante.

4- Que la enfermería dedicada a la atención a la salud mental en España en los últimos treinta años ha experimentado una gran transformación, tanto por los cambios del modelo asistencial, afectando a sus responsabilidades, competencias, autonomía y jurisdicción, como por los de su currículo formativo. Lo que en la práctica ha determinado una gran diversidad en su preparación, así como en la forma de concebir el modelo y su aplicación a su trabajo, según el periodo histórico y lugar a lo largo de la Reforma en que se incorporan a un puesto de Salud Mental. Todo lo cual, también vinculado a su movilidad entre los posibles destinos dentro de la red de dispositivos y servicios.

5- Que ha mejorado la consideración de enfermería como miembro del equipo asistencial y su satisfacción profesional, aunque se mantienen carencias y dificultades importantes en determinados ámbitos, especialmente en la delimitación de competencias, que producen rivalidades entre profesionales, así como por ciertos factores que pueden significar una involución del modelo comunitario, dibujando un futuro incierto.

6- Que en la práctica el trabajo en equipo, según los principios de interdisciplinariedad, resulta muy dificultoso, considerándose uno de los factores que condiciona más negativamente el modelo comunitario de asistencia a la salud mental.

Y como línea transversal de todo el trabajo se verá que la enfermería en salud mental y su desarrollo profesional, puede significar un inequívoco indicador de la consecución de una respuesta a los enfermos mentales que realmente les personifique y humanice. Esto es, contemplamos la hipótesis de que existe una correlación, entre la consideración profesional, autonomía y formación de los profesionales enfermeros, y la entidad humana alcanzada por el enfermo en los sistemas asistenciales. Y, más en concreto, en cómo es tratado y considerado humanamente.

A modo de esquema, en el siguiente cuadro se delimitan los aspectos centrales del trabajo, cuyo desarrollo pretende encontrar como interaccionan entre sí, para perfilar la evolución el modelo asistencial a la enfermedad mental desde la profesión enfermera.

Gráfico 1: Líneas de trabajo:



Elaboración propia.

RP: Reforma psiquiátrica.
ATS: Ayudante Técnico Sanitario.
DUE: Diplomado Universitario de Enfermería.

1.3 Marco de referencia

Mi primera reflexión de aproximación al tema, me condujo a identificar los dos ejes en los que debía centrar mi investigación:

- La reforma psiquiátrica en España: del manicomio a la Salud Mental comunitaria
- La profesionalización de la Enfermería de Salud Mental: de la custodia al cuidado

Con lo que en definitiva trazaba dos líneas de investigación estrechamente imbricadas. Puesto que, la profesionalización de la Enfermería en Salud Mental en España, no deja de ser un proceso que todo me indicaba había evolucionado inseparablemente integrado en la Reforma Psiquiátrica española. Resultando ser diferentes perspectivas de

la confluyente acción social, más o menos planificada, hacia un bien concreto: la salud mental de los ciudadanos y la atención a quienes la tienen perturbada. Lo que, por otro lado, contribuía a enmarcar mi futura investigación en un contexto teórico coherente y unitario, que esperaba favoreciera su solidez conclusiva final.

Aunque la salud mental entendida como un objetivo social sea un concepto moderno, el problema de la enfermedad mental no lo es en absoluto. Como argumenta Laplantine (1979, 89-111), la enfermedad mental existe en todo tipo de sociedad conocida, tanto actual como primitiva. Ciertamente, la percepción de lo que es desviación y lo que es propiamente locura puede variar de una cultura a otra, así como la interpretación y la respuesta o tratamiento que a cada manifestación fenomenológica conductual que se salga de la norma puedan darle las diferentes sociedades. No obstante, la unidad genética de especie, junto al hecho necesario de que todo individuo tras su nacimiento deba seguir un proceso de humanización similar, determina que en todo marco cultural aparezcan fenómenos del comportamiento individual imprevisibles y desconcertantes para su comunidad y que generan sufrimiento y tensiones ambientales. Fenómenos que desde nuestra actual perspectiva identificamos con la enfermedad mental, (Laplantine, 1979, 43-53).

La atención a los enfermos mentales ha comportado una importante preocupación social desde tiempos ancestrales. Cuya respuesta ha estado condicionada por la ideología bajo la que se interpretaba el fenómeno y la consecuente caracterización de los enfermos que lo padecían, determinada por la particular cultura del momento. Lo que retomaremos cuando hablemos de la evolución histórica del concepto de enfermedad mental, dada su importancia para configurar un marco teórico que nos aporte suficientes elementos comprensivos para nuestro fenómeno a estudiar.

Todo nos lleva a suponer que el problema de la enfermedad mental siempre ha sido muy gravoso para todo colectivo humano. Aun así, la verdad es que no podemos llegar mucho más allá de esa afirmación tan general, porque hasta muy recientemente no hemos dispuesto de datos fiables acerca de la prevalencia de la enfermedad mental que nos ayuden a objetivar su trascendencia.

De hecho, fue a mediados del pasado siglo, o poco antes en lugares muy concretos, cuando se empezó a tomar conciencia de la envergadura global del problema que la enfermedad mental suponía a nuestras sociedades, que en modo alguno debía reducirse al mantenimiento de instituciones aisladas donde enviar a los locos. Hasta entonces, locura e internamiento venían siendo conceptos transversalmente unidos. Su mantenimiento se encuadraba primero en la caridad cristiana, encontrando más adelante el aval complementario de la medicina, convertida en práctica psiquiátrica durante la segunda mitad del siglo XIX. El descubrimiento a principios de ese siglo del vínculo entre una enfermedad infecciosa (la sífilis, cuyo germen causal fue posteriormente identificado a principios del siglo XX) y un tipo de locura de aparición tardía tras muchos años de la infección del enfermo (la psicosis ligada a la Parálisis General Progresiva), generó

importantes expectativas biologicistas que fueron determinantes para potenciar el poder médico en los manicomios (vínculo etiológico realmente cierto, pero que en bastante más de un siglo no se vio corroborado por otros hallazgos posteriores semejantes, sobre todo infecciosos, como se esperaba).

A partir de los años 50 del siglo XX, el modelo de atención propio de las instituciones psiquiátricas antiguas, comienza a ser cuestionado por no soportar un análisis objetivo que lo validase. Pues, muy al contrario, las instituciones para locos, lejos de procurar su curación o mejoría, generaban iatrogenia, en la medida que eran agentes de aislamiento y de cronificación de los enfermos. Además suponen el mantenimiento de enormes instituciones extremadamente caras en relación al nulo rendimiento social que proporcionaban (reclusión con escasas expectativas de salida). Bajo esas premisas, y hasta hoy, la preocupación por adecuar el modelo de asistencia a la salud mental a la realidad del desarrollo europeo, no ha dejado de incrementarse e incorporarse a la imprescindible consideración política. Lo que también va siendo aplicable a un gran número de lugares de nuestro planeta, (Knapp et al. 2007, 1-2).

Distintos Informes y Conferencias Internacionales de Salud llamaron la atención sobre la necesidad de transformar la asistencia que a mediados del siglo XX se prestaba a la enfermedad mental y reclamaron el desarrollo de sistemas sanitarios basados en la salud pública y la atención comunitaria: "The Community Mental Hospital", Informe de expertos en salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1953)⁴, Conferencia de Alma-Ata (OMS, 1978), Conferencia de Ottawa (OMS, 1986), Conferencia de Adelaida (OMS, 1988). De ellos destaca el Informe de la OMS sobre "*la Salud Mental en el Mundo*" dedicado por completo a la Salud Mental (OMS, 2001). Por su lado, el Banco Mundial, igualmente ha venido señalando la necesidad de mejorar la salud mental como parte de su estrategia para potenciar las economías desfavorecidas (Banco Mundial, 2002). Al igual que los 52 Estados miembros de la región europea de la OMS, la propia Unión Europea (UE) y el Consejo de Europa que aprobaron en 2005 una Declaración y un Plan de acción acerca de la salud mental (OMS, 2005). A consecuencia de lo cual la UE publicó en 2005 su *Libro Verde sobre la salud mental*, que como señala Hernández Padilla (2010, 36):

«...supone una de las más importantes acciones europeas en esta materia. En él se reconoce que el tratamiento médico no es suficiente por sí mismo para abordar adecuadamente los distintos problemas y trastornos mentales, haciéndose necesario un planteamiento exhaustivo que contemple estratégicamente la promoción de la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, la integración social de los enfermos y discapacitados psíquicos y el desarrollo de sistemas de información e investigación que armonicen los indicadores de salud mental a nivel nacional, europeo e internacional».

⁴. Informe de expertos en salud mental de la OMS que determina las condiciones que deben seguir las instituciones dedicadas al tratamiento psiquiátrico y utiliza el término comunitario y "comunidad terapéutica" para referirse a aquellos "hospitales". En él se recomendó un número idóneo de camas - en torno a 300 - y que el hospital estuviera formado por pequeños edificios en los que los pacientes vivieran en grupos reducidos y que estuvieran ubicados cerca de una zona de servicios.

Posteriormente, la Conferencia de alto nivel celebrada en Bruselas entre la UE y la OMS (Comisión Europea, 2008), bajo el lema “*Juntos por la salud mental y el bienestar*”, sirve de plataforma para el Pacto Europeo por la Salud Mental y la Calidad (Comisión Europea, 2008), cuyo trabajo deberá centrarse en cinco áreas de acción prioritarias: la prevención de la depresión y el suicidio, la salud mental de la población joven, la salud mental en el trabajo, la salud mental de las personas mayores y la prevención del estigma y la exclusión social, (Hernández Padilla, 2010, 37).

De estos estudios se extraen datos confluyentes que por primera vez permiten objetivar la dimensión del problema. Algunos resultan verdaderamente destacables, como que una de cada cuatro personas sufre un episodio significativo de enfermedad mental a lo largo de su vida (la morbilidad oscila entre el 20%-25% de toda la población mundial). Que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad debida a enfermedades, provocando grandes repercusiones económicas directas o indirectas (Commission of the European Communities, 2004; Henderson et al. 2004; Jané-Llopis y Anderson, 2005).⁵ El suicidio es la principal causa de muerte, tras los accidentes de tráfico, entre los hombres de 15 a 35 años de edad residentes en la región europea. Los problemas de salud mental constituyen aproximadamente el 30 % del problema total de la discapacidad secundaria a otras enfermedades pero reciben una proporción muy baja del presupuesto sanitario total, inferior al 5 %. Existiendo de este modo una relación claramente desproporcionada entre la carga de morbilidad debida a enfermedades mentales y el presupuesto dedicado a ellas, (Hernández Padilla, 2010, 10).

Todo análisis sobre la atención a la enfermedad mental coincide en señalar los grandes costes que desde el punto de vista económico acompañan a la enfermedad mental, que pueden oscilar entre el 3 y el 4 % del producto interior bruto correspondiente a la antigua UE de 15 miembros. Coste vinculado a la carga asistencial que requiere (sanitaria, social, judicial...), pero también y en gran medida a la merma de oportunidades de empleo tanto del enfermo como de sus familiares, a factores vinculados con la productividad, a su incapacitación, y a la mortalidad prematura, (Gabriel y Limatainen, 2000).⁶

Junto a todo ello, las nuevas exigencias sociales y políticas en aspectos tan básicos como el respeto a los derechos, la eliminación de las barreras de discriminación, la integración social, o la promoción y la prevención como estrategias primordiales, requirieron un planteamiento complementario desde otra dimensión. Y éste es el fundamento

⁵ Commission of the European Communities. (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Luxemburgo: Commission of the European Communities. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, p 329: 136-138. Jané-Llopis E, Anderson P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nimega: Radboud University Nijmegen. Citados por Knapp M, MacDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. (2007). *Salud Mental en Europa: políticas y práctica*, pp. 1-2

⁶ Gabriel P, Limatainen M-R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Ginebra, Internacional Labour Organization. Citado por Knapp M, MacDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. (2007). *Salud Mental en Europa: políticas y práctica*, p. 3

de las políticas de Reforma Psiquiátrica, todas ellas decididamente inclinadas por la implantación del “Modelo Comunitario de atención a la Salud Mental”.

Reformas entre las que indudablemente se encuentra, con sus particulares diferencias, la que en nuestro caso deberemos estudiar, la española. Y que realmente representaron una apuesta por formas nuevas de intervención. Un nuevo modelo de atención a la enfermedad mental que permita sustituir la tradicional reclusión, generalmente de por vida, mediante la actuación de unos profesionales y servicios próximos al ciudadano, que realmente respondieran a un diseño en función de las necesidades de los enfermos (no de un entorno social que sólo buscara el quitárselos de en medio). Lo que tampoco fue nada fácil de improvisar, por muchos factores que espero explicar con claridad en mi trabajo. Pero que, en todo caso, necesitaron como requisito de partida un mínimo nivel de desarrollo democrático, económico y cultural. Esto permitió la toma de conciencia, tanto del elevado coste social y personal que la enfermedad mental genera, como de la éticamente intolerable situación en la que se estaba abandonando a miles y miles de enfermos.

No bastaba con modernizar instalaciones y mejorar las dotaciones económicas. La asistencia a la enfermedad mental es más compleja de abordar, afecta a un número de facetas humanas difíciles hasta de enumerar. A trazo grueso nos permitimos ahora señalar la afectación de la calidad de vida individual y la convivencia familiar, la merma de las opciones de empleabilidad (ante la que el enfermo puede quedar marcado con un estigma permanente aunque esté recuperado) y, en general, ser fácil objeto de discriminación o incluso de exclusión social. Todo esto provoca en los enfermos una percepción de pérdida de apoyos y de garantías de seguridad contextuales, cuando no de impotencia, que no sólo los coloca en riesgo de ser objeto de abuso y conculcación de sus derechos más elementales, sino que perjudica seriamente su proceso de recuperación (OMS, 2005a). Realidad que hacía imprescindible el desarrollo de un procedimiento judicial que tutelara, tanto la necesidad de restringir en determinados supuestos las libertades individuales (tratamientos obligatorios), como el absoluto respeto a la dignidad humana y los derechos ciudadanos de los pacientes.

Encrucijada de cambio obviamente compleja, que obligó a plantear numerosos niveles de atención, que además deben complementarse, puesto que la dejación en uno de ellos inevitablemente repercute sobre la consecución de los objetivos en cualquier otro de los niveles. Encrucijada que exigió la propuesta de un giro radical de la situación de partida que suponía la total ruptura con lo que a los largo de siglos y con apenas modificaciones se venía haciendo.

El inicio de cambios y procesos adaptativos expuso a sus primeros promotores a una tormenta de agravios públicos, que si se repasa la prensa de los años sesenta y setenta desde nuestra mirada actual, no deja de asombrar (Iluminados, demagógicos antipsiquiatras, activistas comunistas infiltrados, desestabilizadores destructivos, anticientífi-

cos manipuladores de los enfermos, etc.). Todo por proponer algo que hoy no solo es una realidad, sino una normalidad que nadie se atrevería a insinuar su vuelta atrás.

Inmersos en las reformas hacia el modelo comunitario,⁷ se encontraban, lógicamente, todos los profesionales implicados en la asistencia. No solo les enfrentaba a la necesidad de una enorme modificación de su rol tradicional. Los posicionaba como agentes principales para el logro de los cambios perseguidos. Difícil coyuntura, que no dejaba de presentar facetas claramente contradictorias, que en consecuencia también se convertía en uno de los más serios obstáculos para el cambio. Esto tuvo que superarse, a base de tiempo, esfuerzo y aprendizaje.

Los profesionales a destacar son los/las enfermeros/as en Salud Mental, veremos que han sido una de las claves para el desarrollo del proceso transcurrido y los logros conseguidos, tanto por su directa implicación en el cuidado de los enfermos como por su imprescindible aportación en la continuidad asistencial. Como corolario, el avance profesional y la especialización de la enfermería de salud mental, no sólo han coincidido en el tiempo y el objetivo asistencial con la Reforma Psiquiátrica, sino que su propio desarrollo ha estado íntimamente vinculado y determinado por su idéntico contexto.

De ahí que el propósito nuclear para el desarrollo de esta tesis, lo ubiquemos en la búsqueda de evidencias que ayuden a sopesar la trascendencia de la interacción de ambos procesos en sus propias trayectorias. Esto se perseguirá a través de su apropiado estudio, utilizando los instrumentos y la metodología de investigación que pasamos a exponer en el apartado siguiente.

1.4 Sobre la propuesta metodológica

Este trabajo se encuadra dentro de los estudios sociales sobre el mundo de la salud y la enfermedad, así como del proceso de profesionalización como sistema de organización del trabajo. Realidades que requieren ser investigadas con herramientas metodológicas propias de las Ciencias Sociales. La opción metodológica de un trabajo como el propuesto nos dirige a un planteamiento cualitativo, que combine varias técnicas de investigación (triangulación metodológica), sirviéndose de técnicas como la revisión de documentos o análisis documental (archivos, hemerotecas, publicaciones oficiales, textos bibliográficos...), la observación participante y la entrevista.

La investigación se centra en conocer una realidad: la transformación de la atención a la salud mental desde el punto de vista de los enfermeros de salud mental. Planteado el asunto a modo de interrogante al que el trabajo quiere dar respuesta; la pregunta es:

¿Cuál ha sido el papel de los profesionales de enfermería en los servicios de salud mental en el proceso de reforma psiquiátrica en España? Y de forma más específica:

⁷ En su principal objetivo de mantener al enfermo integrado en su comunidad en las mejores condiciones sociales y bajo el precepto de respeto a su autonomía personal y sus derechos fundamentales

¿Cuál ha sido su contribución para que las transformaciones pudiesen llegar a buen puerto? ¿Cómo ha integrado en su trabajo los cambios asistenciales que supone el nuevo modelo asistencial?

La pregunta surge considerando el relato histórico del proceso reformista de la asistencia psiquiátrica. A nuestro juicio la participación de los profesionales que acompañan de forma más directa al enfermo en sus cuidados no ha sido suficiente recogida y de este modo tampoco se ha podido reconocer. Profesionales que han debido realizar un proceso adaptativo gigante desde unas funciones meramente custodiales y subsidiarias de tratamientos prescritos por otros profesionales, a una función autónoma con unas competencias que abarcan campos no solo orgánicos, también psicológicos y sociales.

Con el propósito de comprobar la veracidad de esta impresión realizaremos un análisis documental exhaustivo (archivos, hemerotecas, publicaciones oficiales...), y un análisis crítico que permita revisar la historia de la Reforma Psiquiátrica española desde la óptica de la profesión de enfermería de salud mental. Con la revisión documental se pretende visibilizar la contribución específica de la profesión enfermera en la asistencia a la salud mental y en su reformulación. Además también se realiza una investigación mediante entrevistas que completan la observación participante con actores concretos que participan de la realidad asistencial.

Por esto la labor investigadora sigue dos parámetros. Primero, conocer y recoger lo ya escrito sobre la reforma; y mediante un análisis crítico definir los aspectos que han sido subrayados en la producción documental, haciendo especial hincapié en los factores que la evolución de la producción legislativa, científica y docente ha afectado a la profesión enfermera y el modo en que esto ha quedado reflejado en la historiografía. Y, segundo, complementar esta información, en los aspectos en que aprecian carencias, con trabajo de campo, yendo donde ocurren los hechos para obtener información directa, y de este modo contrastar y completar la información con testimonios de las personas clave que puedan aportar su punto de vista desde los diferentes contextos.

Queremos buscar las dimensiones de un hecho social y, además, buscarlas a partir de la producción documental reflejo de los aspectos significativos del proceso reformista y completarla con los aspectos vivenciales implicados en este hecho social. Así, orientados por la teoría de la acción social, y siguiendo sus indicaciones metodológicas, la recogida de información se realiza siguiendo un planteamiento cualitativo y, por lo tanto, dejando que fluya la información para ir construyendo un discurso que nos ayude a tener una visión más completa del tema que nos ocupa.

Esto nos lleva a proponer tres ejes investigadores:

- (i) Explorar la bibliografía que recoge la historia de la asistencia psiquiátrica y las bases teóricas de la reforma, los planes e informes que articulan las propuestas reformistas, la legislación que la posibilita, los artículos que describen la evolución de las transformaciones. Y comprenderla desde esta perspectiva.
- (ii) Describir la evolución de la profesión enfermera de salud mental, los planes formativos, competencias asignadas y el modo que esta evolución se ha reflejado en el proceso de Reforma a la Atención Psiquiátrica. Visibilizando el proceso de cambio, mecanismos adaptativos, resistencias..., y en general aproximarse a la realidad profesional de la enfermera especialista en salud mental desde el plano asistencial del modelo de atención comunitario.
- (iii) Aunque no de forma explícita, durante todo el trabajo se mantiene el enfoque de género, perspectiva que busca examinar el impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otros. Perspectiva ineludible por rigor científico y por ser la enfermería una profesión eminentemente femenina, lo que seguro ha condicionado su evolución como profesión.

1.4.1 Revisión documental

La revisión documental es un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un tema. Busca información para descubrir la naturaleza del problema y establecer conexiones entre los fenómenos. Consiste primordialmente en la presentación selectiva de lo que expertos ya han dicho o escrito sobre un tema determinado.

En la realización de este trabajo, la revisión documental tiene como finalidad conocer el estado actual de los conocimientos respecto a los temas a tratar, con lo que parte de conocer y evaluar estudios e investigaciones anteriores, también es importante en la construcción de antecedentes y en la formulación del marco teórico. Nos permite rastrear, ubicar, inventariar, seleccionar y consultar las fuentes y los documentos que se utilizarán como materia prima en la investigación. Las fuentes se clasifican en primarias y secundarias y funcionan como verificadores que soportan la información.

Las fuentes primarias se encuentran en los archivos públicos o en archivos privados. Contienen documentos históricos y de “primera mano”. Las fuentes secundarias, incluyen monografías, informes de investigación, biografías, cartografías, memorias de personajes y obras generales sobre la temática o grupo humano que se estudia. En algunos casos los documentos tienen un carácter periódico (prensa, revistas, actas de congresos, estudios...). El investigador no requiere producir el material, su tarea es ubicarlo, reco-

pilarlo, seleccionarlo y, por supuesto, analizarlo, para llegar a una síntesis de conocimientos y una reelaboración teórica. Reelaboración que pretende la producción de un meta-texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada. Se sustenta en una teoría analítica (concepción) que da sentido a los textos, (Navarro y Díaz, 1999, 177-224).

En nuestro caso la revisión bibliográfica pretende ser exhaustiva, imparcial, honesta y clara, abarcando cuatro ámbitos de investigación: histórico, social, profesional y de metodología de la investigación, con la principal función de concretar los marcos teóricos y metodológicos. Se inició antes del comienzo de la investigación propiamente dicha, para proseguir durante el resto del proceso de elaboración del trabajo, utilizando fichas que clasifican la documentación según temas y relevancia, además de referencias para las citas de autor.

La bibliografía manejada para este trabajo es cuantiosa, en gran medida procedente de mi propia biblioteca, recopilada en la ya dilatada trayectoria profesional y también producto de pertenecer a varias asociaciones profesionales con gran actividad científica, especialmente la Asociación Española de Neuropsiquiatría (que edita periódicamente estudios y cuadernos, además de los libros de las ponencias de sus Congresos y Jornadas). También han sido consultados libros en diferentes bibliotecas, especialmente en la de la facultad de Ciencias de la Salud y Colegio de Enfermería de Zaragoza.

También considero muy valiosa mi pertenecía, durante los primeros años de mi ejercicio en servicios psiquiátricos, al “*Colectivo Crítico de la Salud Mental*”, que integrado por profesionales de diversa procedencia y titulación, entre los que se encontraban significados protagonistas de los procesos del cambio psiquiátrico,⁸ desde posiciones constructivamente críticas, funcionó desde 1986 y durante buena parte de la década de los noventa, produciendo fructíferos y largos encuentros de debate (Albarra-cín, Madrid, Valencia, Zaragoza...) e interesantes documentos que en buena parte con-servo.

Para la revisión historiográfica de la psiquiatría a nivel general se han seguido los trabajos realizados por Rafael Huertas, especialmente *Historia cultural de la psiquiatría* (2012). Sobre historia de la psiquiatría en nuestro país han sido relevantes los trabajos de González Duro, *Historia de la locura en España* (1994) y Lázaro y Bujosa, *Historiografía de la psiquiatría española* (2000). Y para el estudio de los aspectos sociológicos vinculados a la enfermedad mental nos ha resultado imprescindible el trabajo:

⁸ Larga lista de excepcionales profesionales, todos ellos, que el lector seguramente en muchos casos reconocerá por su frecuente cita o estimable referencia para cualquier estudio acerca de la asistencia a la salud mental durante su proceso de cambio, como Ramón García, Guillermo Rendueles, Alfonso Testón, Nuria Pérez de Lara, Caterina Lloret, Aurora Leal, Onésimo González, Cándido Polo, Carmen Sáez Buenaventura, Isabel Rodríguez Gorostiza, Enrique González Duro, Rafael Colomer, Javier Serrano, Ernesto Díaz Noriega, Carmen Ricart, María Huertas, Carmen Hijós, Carmen Ferrer, Antonio Tarí, Álvaro Monzón, José María Bañeres, Fernando Gracia,...; y algunos otros que, a sabiendas de ser injusta, dejo de nombrar para no excederme demasiado.

Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental de George Rosen (1974).

La reforma psiquiátrica en España se ha servido de numerosos estudios, documentos e Informes de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, del Defensor del Pueblo, del Ministerio de Sanidad, Planes de Salud y bibliografía específica por temas y autores, de entre aquellos que de una manera directa tuvieron responsabilidades en algún proceso de reforma y por tanto son memoria histórica e historia viva del proceso, entre las que solo destacamos unas pocas: González de Chávez (Ed.) (1980), *Transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. García González, Espino Granada y Lara Palma (1998), *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Desviat y Moreno (Eds.) (2012), *Acciones de salud mental en la comunidad*. Pérez (Ed.) (2006), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Leal Rubio y Escudero Nars (Eds.) (2006), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*. Gisbert (Ed.) (2003), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*. Rivas (Ed.) (2000), *La psicosis en la comunidad*.

Para la temática vinculada con la historia de la enfermería se consultó especialmente la bibliografía de Hernández Conesa (1995), *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. José Siles (1999) *Historia de la Enfermería*. Y por último la reciente aportación de Germán Bes (2014). *La revolución de las batas blancas: la Enfermería española de 1976 y 1978*.

Para el contexto concreto de la enfermería de salud mental o psiquiátrica, hemos considerado imprescindible el trabajo de Ventosa Esquinaldo (1999), *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España, siglos XV al XX*.

También cabe reseñar la utilización de libros sobre metodología de investigación cualitativa como los las obras de Taylor y Bogdan (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Y Cázares Hernández et al. (1997). *Procedimientos y Técnicas de la Investigación Documental*.

Las revistas profesionales son un instrumento de gran valor para este trabajo, son textos que describen, evalúan, y tratan de influir sobre la realidad, son reflejo documental de las inquietudes del momento de su elaboración. Las más destacadas para la elaboración de este trabajo son: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, la *Revista Norte de Salud Mental*, *Presencia: Revista de enfermería de salud mental* y *Cuadernos técnicos de la Asociación española de Neuropsiquiatría*.

Aparte de todo ello, pude conseguir un amplio dossier de recortes de prensa y documentos, que conservo, en su mayoría fotocopiados, en número cercano al millar, acumulados hasta 1976 por algunos miembros de la Coordinadora Psiquiátrica estatal (Arturo Alot Montes y otros), por entonces todavía clandestina, referidos a los conflictos institucionales más conocidos y huelgas hospitalarias (las huelgas MIR), así como de comu-

nicados y gestiones hacia las autoridades en relación a la situación de los enfermos mentales y la asistencia que se les prestaba.

También poseo ejemplares de ediciones multicopiadas de los primeros planes de reforma de algunas Comunidades Autónomas (Galicia, Valencia, Castilla la Mancha, Cataluña, Murcia, Aragón, Asturias...) y de documentos relacionados con ellas, muy útiles como testimonio del despliegue de acciones, al menos teóricas, desencadenadas por la Administración en los primeros años de la Reforma Psiquiátrica.

Antes y durante la elaboración del trabajo ha sido importante evaluar la información académica relevante así como la investigación ya realizada sobre el tema a tratar, especialmente las tesis doctorales elaboradas en nuestro país. Se han consultado numerosas bases de datos, utilizando para la búsqueda los descriptores: “reforma psiquiátrica en España”, “desinstitucionalización”, “enfermería psiquiátrica o de salud mental”, “historia de los cuidados”, “historia de la psiquiatría” sin introducir criterio temporal alguno dado que el mismo descriptor lo incluye por defecto. Combinaciones variadas según la temática concreta del capítulo y también según las particularidades de la base de datos consultada (número de palabras, operadores booleanos, de posición...).

1.4.2 Investigación de campo

Dar cuenta de los aspectos vivenciales requiere una metodología cualitativa. Metodología que comprende una pluralidad de corrientes teóricas, métodos y técnicas, y se caracteriza básicamente por estudiar los fenómenos en su contexto, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. Para ello se sirve de entrevistas, grupos, observaciones, textos, etc., que mejor puedan describir las situaciones tanto rutinarias como problemáticas, y lo que significan en las vidas de los individuos.

Lo que buscamos son las formas de proceder, reacciones, actitudes, discursos..., dilucidar la importancia que se concede a los hechos, límites u obstáculos. Teniendo en cuenta que lo que realmente nos interesa no es lo individual sino lo compartido de esa experiencia, en este caso de la enfermería de Salud Mental, mediante entrevistas a personas significativas y en el ámbito de su desempeño profesional. Para esto nos planteamos atender y entender las vivencias y procesos adaptativos que los cambios supusieron. Después comparar la formación recibida, las competencias asignadas y la satisfacción profesional de la Enfermería de Salud Mental a lo largo del proceso de Reforma a la Atención Psiquiátrica.

También queremos conocer si la evolución se ha producido por igual en todos los servicios o si existen diferencias, inferir factores relacionados, formación de origen, movilidad dentro de la red. Para ello la opinión de los protagonistas y sus relatos nos posibilita una reconstrucción de los imaginarios sociales y comprender el sentido que los agentes o actores sociales dan a sus acciones. Buscamos los discursos que permitan

reflexionar sobre la constitución de una colectividad –La enfermería de Salud Mental- y la influencia del grupo sobre los individuos.

Nuestro objeto de investigación forma parte de los fenómenos complejos en los que los factores a considerar son múltiples, y han de contextualizarse con el objetivo de comprenderlos. La comprensión tiene un matiz que la diferencia de la explicación,⁹ no se busca una explicación causal a un asunto sino que se trata de una comprensión viendo "las cosas desde dentro" o adoptando un enfoque "Emic" (Wright 1987) y empatizando con la intencionalidad de los actores.

Esta visión paradigmática pretende explicar los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas. Examina el modo en que se experimenta el mundo. Bentz y Shapiro (1998) la describen: "*La investigación naturalista intenta capturar la forma en que las personas en contextos naturales experimentan sus vidas y los significados que les atribuyen. La realidad que interesa es la que las propias personas perciben como importante*".¹⁰

Los aspectos teóricos que nos ayudan a optar por este modelo de acercamiento a la realidad los recoge Salamanca Castro (2006, 1) y se resumen en los principios que fundamentan el paradigma de investigación naturalista:

- «-Se reconoce la existencia de múltiples realidades y no una realidad única y objetiva sino una construcción o un constructo de las mentes humanas, y por tanto, la "verdad" está compuesta por múltiples constructos de la realidad.
- Persigue comprender la complejidad y significados de la existencia humana, así como contribuir a la generación de teorías.
- El proceso de investigación es inductivo, es decir, no utiliza categorías preestablecidas, se desarrollan conceptos y establecen las bases de teorías a partir de los datos recogidos.
- La investigación se desarrolla en un contexto natural, sin someterlos a distorsiones ni controles experimentales. Se trata de comprender a las personas dentro de su contexto.
- El investigador se reconoce como parte del proceso de investigación, asume sus valores, experiencias y sistemas de conocimiento de la realidad», (Salamanca Castro, 2006, 1).

En este marco de referencia hemos optado por una perspectiva fenomenológica, es un enfoque que aporta matices interesantes en el estudio, en la medida que comporta un "mandato metodológico" que exige al investigador vivir la experiencia del fenómeno

⁹ Ramón Rey Ardid, partiendo de la frase de Dilthey en 1894: "*explicamos la naturaleza, comprendemos lo psíquico*" analiza con notable claridad los diferentes enfoques de la interpretación representados por la explicación y la comprensión, a la luz de lo aportado por la Fenomenología y Jaspers, uno de sus más importantes representantes, tan ligado a la Psicopatología, por su condición de psiquiatra y por su autoría de una de las obras cumbres de esa disciplina, su *Psicopatología General*. Véase Rey Ardid R. (1964) Psicología Médica. Zaragoza. Editorial Heraldo de Aragón, pp. 41-44.

¹⁰ Bentz y Shapiro (1998). *Mindful inquiry in social research*. Londres: Sage, p. 97. Citado por Sandín Esteban MP. (2003). Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones. Madrid, Mc Graw Hill. Capítulo 7, disponible en: http://www.postgrado.unesr.edu.ve/acontece/es/todosnumeros/num09/02_05/capitulo_7_de_sandin.pdf. p. 16

estudiado y que su objetivo es identificar las diferentes formas en las que diferentes personas experimentan, conceptualizan, perciben y comprenden diversos tipos de fenómenos. El objetivo de la fenomenología es descubrir lo que subyace a las formas a través de las cuales convencionalmente las personas describen su experiencia desde las estructuras que las conforman, es decir, captar el significado de la experiencia, (Creswell, 1998).¹¹

En nuestro caso hemos optado por lo cualitativo para estudiar prácticas y estructuras de interacción de la vida cotidiana, representaciones sociales propias de ciertos grupos, identidad social, distribución de opinión... En esencia el modo compartido de vivir esta experiencia e interpretar esa información, explicitar lo implícito, lo que no nombra por considerarlo “lo normal”. Hemos buscado la lógica subyacente y ligar unas formas de proceder con otras. Y esto a partir de las experiencias compartidas, las referencias y significados, la importancia que se les otorga, los límites u obstáculos con los que se encuentra este acontecer, las actividades y actitudes que con esto tienen que ver.

La muestra poblacional a la que se han realizado las entrevistas no busca ser amplia sino significativa, representativa del campo a estudiar y que abarque a todos los segmentos de población relacionados. La validación de la muestra se realiza por saturación del modelo (llegamos a una consistencia explicativa).

La interpretación del material obtenido se enfoca desde dos perspectivas. Una la semiótica social. Esta consiste en la búsqueda de códigos, criterios implícitos e inconscientes con que los distintos agentes discurren y organizan su conducta en la situación investigada. Con este objetivo se proponen técnicas como atender a razones, clasificaciones y jerarquizaciones, o mediante la estimulación incoherente, consistente en malentender al otro para que explique con mayor precisión. Los aspectos que interesa investigar estarán vinculados a las posiciones de los hablantes (solidaridad, incomunicación...), las constricciones (etiquetamientos, prejuicios...), los contextos tenidos por conflictivos o las consideraciones de intenciones.

Y otra la descripción densa. Se centra en encontrar la lógica en que se apoya la forma de discurrir de los informantes, identificaciones, límites entre el nosotros y ellos, características del campo “nosotros”, movilidad entre los campos y consecuencias del paso de un campo a otro, mensajes, valores y normas de actividad de los diferentes campos.

Como decimos, nuestro trabajo se plantea investigar un hecho social (la reforma asistencial del modelo de atención a la enfermedad mental), que afecta directamente a los informantes potenciales (enfermeros y enfermeras que han desarrollado su trabajo en

¹¹ Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, California. Sage Publications, Inc, pp. 54-55. Citado por Sandín Esteban MP. (2003). *Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones*. Madrid, Mc Graw Hill. Capítulo 7, disponible en: http://www.postgrado.unesr.edu.ve/acontece/es/todosnumeros/num09/02_05/capitulo_7_de_sandin.pdf. p. 17

estos servicios). Lo que buscamos son las formas de proceder, reacciones, actitudes, discursos..., y dilucidar la importancia que se concede a los hechos, límites u obstáculos.

Así se han realizado entrevistas semiestructuradas a personas significativas y en el ámbito de su desempeño profesional y además contando con la observación participante. Observación fruto de casi treinta años de andadura profesional, y participante de primera línea, como miembro de asociaciones y desde la vocalía del Colegio de Enfermería, convocando reuniones, haciendo escritos reivindicativos y recogiendo en un diario las reflexiones sobre los fenómenos que ocurrían a mi alrededor.

La entrevista semiestructurada es el instrumento que mejor se adecua al objetivo de este estudio porque permite recabar la visión personal y subjetiva de los actores sociales que han participado en el proceso de transformación de la asistencia, a su vez sus circunstancias (personales y/o profesionales) son fruto de ella. Nos permite determinar los discursos arquetípicos así como los discursos flotantes no constituidos, y visibilizar esa experiencia concreta que conforma la realidad.

Ésta nos ofrece la posibilidad de ligar lo teórico y lo experiencial para producir una lectura comprensiva de la realidad, no pretende ser objetiva ni sus hallazgos generalizables, es un instrumento que como recoge Fajardo Alcántara (2007): *“son un recurso muypreciado para conocer los estilos de practica y organización del trabajo diario, identidad y cultura profesional, relaciones de equipo e indagar sobre las trasgresiones o seguimiento de las normas sanitarias (Anderson, 1997, Müller-Hill, 2001, Ortiz, 2005). La oralidad y los documentos personales ilustran igualmente relaciones de poder y jerarquías en los momentos de cambio social (Sanz, 2005)”*. (Fajardo Alcántara, 2007, 20).

Y es así como hemos podido ilustrar escenarios microhistoricos de cambios en la dinámica asistencial, y modelo de trabajo, rescatar el papel que desempeñaron hombres y mujeres enfermeros que la historia ha olvidado. Recoger aspectos como sus motivaciones, las dificultades que experimentaron en su desempeño profesional, el modo que resolvieron sus necesidades formativas, aspectos que están parcialmente reflejados u olvidados en las fuentes documentales.

Para ello hemos construido un guion temático que contempla los interrogantes que han surgido del desarrollo de la investigación documental. Éste ha sido el marco mínimo a partir del cual cada entrevistado ha podido expresar sus opiniones y vivencias. Lejos de ser rígida en la estructura y en el orden, pretende recoger las cuestiones a tratar al tiempo que abre un abanico de posibilidades en función de los aspectos que parezcan de mayor interés en la dinámica relacional establecida durante la entrevista, generando una información confrontada y realista.¹²

¹² Guion de la entrevista semi estructurada en ANEXO I

La muestra no estaba previamente determinada. Las decisiones muestrales se fueron adaptando a las necesidades de la investigación. Inicialmente comenzamos por personas clave en el proceso reformista, líderes reconocidos y también los autores de mucha de la producción documental que a lo largo de los años han reflejado la perspectiva oficial y crítica con el desarrollo de los acontecimientos. A medida que la investigación progresó, se observó más interesante incorporar a personas que representasen esa mayoría silenciosa, que desde su anonimato trabajan o viven la experiencia cotidiana de la asistencia psiquiátrica.

Desde esta óptica se incluyen personas que constituyen la voz de algunos colectivos pero fundamentalmente busca la dispersión y heterogeneidad, primando a interlocutores que por su expresividad, ofrecen nuevos significados y que estos buscan ser contrastados. Esto es la técnica de la “bola de nieve”, que nos sirve tanto para ampliar y confrontar perspectivas como para seleccionar a nuevos entrevistados.

El límite del universo muestral lo constituye la percepción de lo que en sociología se denomina “punto de saturación”, momento en el que nuevas entrevistas no aportan nueva información, esta empieza ser repetitiva y el fenómeno sobre el que se indaga parece esclarecido.

Las entrevistas se realizaron con grabadora y en los lugares elegidos por los entrevistados, la duración media fue de 35 minutos. He de destacar la buena disposición de todos a quienes se solicitó colaboración, incluso de aquellos a quienes finalmente no fue necesario hacer la entrevista.¹³

Como veremos los resultados de esta investigación no buscan una validez predictiva, sino profundizar en la información disponible, contrastarla y completarla. La elaboración de una narración coherente que exprese los nuevos discursos, exige un esfuerzo interpretativo y creativo por parte del investigador que también forma parte de la investigación y en este sentido es obligado un control de generalizaciones o particularizaciones excesivas o poco consistentes.

1.5 Limitaciones de la investigación

La investigación que presentamos contempla los requerimientos de toda investigación cualitativa para garantizar el rigor necesario, atendiendo tanto a la selección de la muestra como a la saturación de los datos. Sin embargo, somos conscientes también de sus limitaciones que, además de posibles defectos que puedan encontrarse, afectan básicamente a tres temas:

Uno es el del período de estudio, dado que el tiempo transcurrido hasta la publicación merma la actualidad de parte de la información. Comenzamos el estudio en 2011 y

¹³ Relación de los entrevistados en ANEXO II

se da por concluido en septiembre de 2015, periodo en que los datos recogidos e incluso la regulación legislativa han podido variar.

El segundo lo suponen las dificultades propias de la metodología de la investigación cuando precisa de la interacción humana, en este caso en el marco de las relaciones profesionales. Por ejemplo, el temor a decir algo que pueda identificarles, o a exponer situaciones que por muy vividas y sentidas conectan con la intimidad personal, o que se integran en el sistema de tabús y prejuicios relacionales. En cuyo caso se generan resistencias y la tendencia a un discurso superficial. Tales resistencias, que socavan la sincera exposición del punto de vista particular, intentan solventarse, por un lado garantizando el total anonimato y discreción, y por otro lado informando de que el objetivo no es expresar situaciones particulares, sino explicitar lo que es común a la dinámica institucional.

En tercer lugar encontramos lo más importante, consecuencia de la complejidad y amplitud con la que he deseado abordar el trabajo, en busca de una perspectiva global del ámbito nacional. La contrastación empírica, sin embargo, tanto mediante la observación participante como a través de las entrevistas realizadas, se realiza preferentemente en nuestro ámbito más cercano (Aragón). Aspecto que justificamos en aras de la disponibilidad y bajo la cobertura de las manifestaciones de profesionales de otras CCAA con quienes hemos comentado los problemas y aspectos concretos de las dinámicas asistenciales que nos interesan, que coinciden en que no difieren en gran medida.

En definitiva, como balance global, pensamos que esta investigación, además de su utilidad para nosotros puede tenerla para otros profesionales. Nuestro interés es contribuir con un pequeño paso, en absoluto completo ni definitivo, en el camino del conocimiento y la construcción común del proceso de reforma psiquiátrica y la conformación actual de la asistencia en salud mental. Paso que encuentra su aportación específica en visibilizar la perspectiva enfermera y un análisis crítico del desarrollo del proceso estudiado.

1.6 Estructura del estudio

Como se ha podido ver hasta este punto, el capítulo I “La pregunta y la búsqueda de respuestas” está constituido por la “Justificación” del trabajo, explicándose la identificación del problema y la motivación que condujo a su elección como tema de estudio, sopesándose la relevancia de la investigación. A lo que le sigue el “Marco de referencia”, en donde se recogen los fundamentos de los dos ejes temáticos cuya imbricación determinará el hilo conductor de la investigación: la reforma psiquiátrica en España y el proceso de profesionalización de la enfermería de salud mental. Seguidamente, se trata el diseño metodológico y las técnicas para la recolección de datos, fuentes... Las limitaciones del estudio y el presente esquema sinóptico del trabajo.

El capítulo II “Marco teórico”, tiene como objeto servir de base y encuadre del objeto de investigación, esto es delimitar los conocimientos que enmarcan el hecho histórico y que lo condicionan. Su estructura se centra en tres aspectos que se identifican como determinantes de que los fenómenos a estudiar tomen un rumbo u otro.

El primer aspecto a tratar da cuenta de la evolución historiográfica del concepto de enfermedad mental y de los cuidados suministrados de acuerdo con el contexto social, económico y de desarrollo científico. Revisión documental que pretende unificar lo descrito desde el ámbito de la historia de la psiquiatría y desde el ámbito de la historia de la enfermería psiquiátrica.

El segundo punto de nuestro marco teórico hace referencia al concepto sociológico de profesionalización. Recoge sucintamente las aportaciones que las diferentes corrientes y escuelas hacen de cómo estudiar el proceso de profesionalización. Para de este modo encontrar instrumentos teóricos hacia el consiguiente análisis de la enfermería en este proceso, así como hacia la explicación de cómo surge la necesidad y la función que pretende la especialización en el ámbito de las ciencias de la salud.

La tercera parte de este capítulo se dedicará a los antecedentes de nuestra Reforma. Es decir, los aspectos que son previos y que de algún modo la precedieron y condicionaron en su implementación. Identificando que éstos son, por un lado la situación asistencial de los enfermos mentales existente a su comienzo, y por otro las circunstancias históricas que habían contribuido a condicionarla. Situación configurada y mantenida por estructuras institucionales constituidas a lo largo de los siglos sobre un marco ideológico y legal firmemente instituido, y sobre la que ha incidir el proceso reformista. Con este objetivo se realiza una revisión de la bibliografía que recoge la historia de la asistencia psiquiátrica en España de forma cronológica, también aquí buscando la síntesis entre lo descrito desde el ámbito psiquiátrico y desde la historia de la enfermería psiquiátrica.

Y el segundo aspecto que va a condicionar y dirigir que la necesidad de la Reforma psiquiátrica se produzca son las ideas y teorías que tras la II Guerra Mundial inducen a un cambio de mentalidad y la consecuente propuesta de cambio del modelo de asistencial. Explicando cómo las nuevas condiciones de desarrollo social y criterios humanistas chocan con el tradicional modo de abordar el tratamiento de los enfermos mentales. Cambios sociales y de mentalidad que generará nuevos modelos y experiencias en diferentes países, experiencias que luego marcarán el rumbo de la Reforma Psiquiátrica en España.

El capítulo III está centrado en el germen y después los cimientos sobre los que se asienta la transformación del modelo asistencial en España. Parte de una revisión de los primeros movimientos reformistas, experiencias fruto de la influencia internacional y de la toma conciencia social y profesional de lo inadecuado del modelo vigente. Movimientos dotados de un gran idealismo y voluntad pero que chocaron con las condiciones

políticas del momento, resultando de ellas un importante caldo de cultivo para que el proceso reformista tomase carta de naturaleza en nuestro país. Así mismo, recoge la importancia que tuvo la prensa del momento, analiza documentos procedentes de hemerotecas e investigaciones que muestran la significativa movilización social en el ámbito de la asistencia a los enfermos mentales. En la misma línea documental, la parte cuarta se centra en el movimiento profesional articulado en torno a la Coordinadora Psiquiátrica y, posteriormente, la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

El punto segundo concreta detenidamente el modelo teórico y la legislación desarrollada con el objetivo de implementar la Reforma,

El capítulo IV pasa a explicitar cómo este modelo teórico se ha reflejado en la asistencia real en general. Esto es, de qué modo se ha traducido en la diversificación de recursos asistenciales y profesionales, en la percepción de una mejor asistencia y una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

El Capítulo V está dedicado con mayor detenimiento a la Enfermería de Salud Mental en el ámbito de las reformas. Sintetiza la evolución de la profesión. Desde la teoría de la sociología de las profesiones, se irá desgranando el contexto del estudio y se repararán los servicios en donde las enfermeras de salud mental desempeñan su labor, contrastando y dilucidando la evolución de la realidad asistencial en ellos. Contemplando así mismo cómo se ha ido produciendo la provisión e implantación de servicios, la carga de trabajo, y, en general, el papel evolutivamente desempeñado por la profesión en los procesos de cambio. Fijándonos muy especialmente en las dificultades y condicionantes encontrados en nuestra práctica, con particular detalle en lo relacionado con la cuestión formativa y competencial.

El Capítulo VI, por último, se dedica a las conclusiones principales de esta investigación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Evolución del concepto de enfermedad mental

Las personas con enfermedades mentales han existido siempre. De alguna forma han requerido una atención desde el orden social, atención que ha estado condicionada por factores culturales e ideológicos. Estos determinan que la respuesta social y la calidad de vida de los enfermos hayan sido muy diferentes según las culturas, las costumbres sociales y los vaivenes del conocimiento.

Cada modo de conceptualizar la enfermedad mental a lo largo de la historia ha tenido su contexto. Aquí queremos mostrar cómo el modo de entender la enfermedad mental ha condicionado la atención que socialmente se presta a los enfermos en forma de cuidados y prácticas de tratamiento. Con este objetivo se describe la trayectoria del tratamiento, como fenómeno social, que la comunidad ha dado a los llamados locos, contemplando la función que esas prácticas han cumplido dentro de la estructura social. El propósito último es entender cómo se ha llegado al modelo de atención a la salud mental actual y qué mecanismos lo hicieron posible.

La perspectiva histórica del concepto de enfermedad mental y la atención que reciben estas personas desde lo social y desde lo sanitario, ha de considerar dos ramas sanitarias, la psiquiatría y la enfermería. Dos ramas que siempre han ido de la mano, una condicionando a la otra, o más bien una (la enfermería) apoyándose en la otra (la psiquiatría). Haremos una revisión documental de lo ya escrito desde ambas ciencias, situándolas en paralelo e intentando ofrecer una visión completa del fenómeno a estudiar.

Un aspecto a tener en cuenta es que la atención a los pacientes mentales, a diferencia de la enfermedad orgánica, dista mucho de obedecer a planteamientos de fundamento científico-técnico que tiendan a configurar un modelo asistencial homogéneo. Se encuentra fuertemente condicionada por planteamientos ideológicos y culturales, que pueden comportar trascendentes diferencias de un lugar a otro, incluso estando geográficamente próximos. Algo que podremos apreciar cuanto más nos remontemos al pasado. Por eso los cambios en los sistemas psiquiátricos a menudo resultan altamente complejos, conflictivos y heterogéneos. Son poco paralelos a lo producidos en otros ámbitos sanitarios, generalmente más dependientes de los avances técnicos y de la capacidad económica de los ciudadanos afectados.

De modo que la complejidad del fenómeno a estudiar y la necesaria articulación de los tres ámbitos que se pretenden superponer (historia social, psiquiatría y cuidados) difícilmente ofrecerán una perspectiva definitiva, tan solo podrá aproximarse a una panorámica general, una tendencia, una construcción que sólo tendrá una lógica al final del trayecto.

Como hemos podido constatar, la revisión socio-histórica de cualquier fenómeno social ofrece dos formas de acceder al conocimiento, dos aspectos que ofrecen una

visión diferencial aunque complementaria. Por un lado a través del estudio de los autores que se han significado porque su trabajo ha contribuido tanto a nivel científico como filosófico a un avance o una novedad respecto a la interpretación del hecho concreto (en nuestro caso, de la enfermedad mental, su tratamiento o los cuidados que precisan). Y por otro, a través del estudio de los factores ideológicos y culturales que determinan la concepción social de ese fenómeno (las enfermedades mentales y la respuesta o actitud ante los enfermos a lo largo del tiempo). Precisando que será este último aspecto el que prioricemos en este trabajo.

Todo estudio socio-histórico debe contemplar los aspectos vinculados a la cronología y periodicidad en los que se separan diferentes etapas históricas. En el tema que nos ocupa, el desarrollo evolutivo de las ideas sobre la enfermedad mental, se ha dividido en diferentes etapas históricas, etapas consideradas arbitrarias porque, como ya hemos dicho, se trata de un fenómeno complejo, muy influenciado por las múltiples coyunturas sociales, culturales y políticas por las que cada país atraviesa, lo que va a producir gran diversidad en sus recorridos históricos. Pero para su estudio esta subdivisión por etapas tiene el valor de ofrecer una visión genealógica lo que, según Huertas: «*Implica comprender la relación existente entre los elementos innovadores y los heredados[...], nos muestra cómo determinados hitos históricos, lo serán en la medida que los factores estructurales, sociales, políticos y culturales del momento los favorezcan y sirva a la legitimación social y científica de los profesionales que en ese periodo se ocupan del tratamiento de la enfermedad mental*», (Huertas, 2001, 13).

En los años sesenta y setenta surge un nuevo modelo de historiografía de la psiquiatría, un enfoque diferente al tradicional centrado en el sujeto y sus alteraciones. Esta nueva perspectiva analiza la locura y la práctica psiquiátrica desde presupuestos sociales y culturales, para lo cual utiliza conocimientos y herramientas propias de otras disciplinas (sociología, antropología, historia social...). Su principal objetivo es explicitar la función social que la psiquiatría y las instituciones psiquiátricas han realizado como instrumentos de control social. El manicomio fue visto por esta historiografía como un instrumento regulador de las tensiones sociales y protector de la sociedad frente a las amenazas de sus miembros. En palabras de Sacristán (2001, 174-175):

«En las sociedades modernas se habrían creado formas de control propias de un mundo secular bajo la competencia del Estado y legitimadas por la pretensión de verdad de los discursos científicos. Desde este papel de defensa social el manicomio cumplió funciones diversas como asegurar la cohesión de la sociedad en tiempos de inestabilidad y de transformaciones políticas, dando soluciones institucionales a problemas que antes se resolvían en el seno de la familia, o bien, siendo un instrumento para la conformidad y al servicio de las exigencias de la sociedad capitalista por el énfasis puesto en combatir la ociosidad y la falta de productividad».

Este enfoque “del control social”, cuyo mayor exponente es Foucault ha sido tachado en ámbitos conservadores de fanático y sectario (Shorter, 1999),¹⁴ por considerar que

¹⁴ Shorter E. (1999). Historia de la Psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina. Barcelona, J

algunas afirmaciones no parecían sostenerse a la luz de la metodología propia de la historia y por su carga ideológica y falta de objetividad. Pero desde otros ámbitos científicos (sociología), ha supuesto una ampliación de la perspectiva desde el momento que integra diferentes ámbitos sociales y culturales en el análisis, amplía la perspectiva facilitando instrumentos para la transformación y de este modo supone un acicate reformista.

Estas reflexiones sobre las diferentes posturas respecto al estudio de la historia de la psiquiatría y de los cuidados, nos han de servir a la hora de revisar la bibliografía para considerar en igual medida todos los factores que contribuyen a hacer historia, así como las posiciones ideológicas desde las que se habla de hechos históricos.

Centrándonos en el objetivo de este apartado, una revisión histórica de la consideración de la enfermedad mental y los modos de tratarla y, a fin de seguir un recorrido operativo en el discurso, se ha mantenido el modelo clasificatorio clásico, por etapas. Éste es el más difundido en la literatura psiquiátrica, al tiempo que trata de incorporar las valoraciones que del contexto concreto se han hecho desde la revisión crítica.

En este sentido la obra que a mi juicio se aproxima mejor a este enfoque es “*Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*” de Rosen (1974), que comienza su estudio diciendo:

«El objeto de este estudio no es la historia de la psiquiatría, sino la sociología histórica de la enfermedad mental, su centro de atención no lo constituyen la teoría y la práctica de la ciencia médica, sino la posición del enfermo mental, cualquiera que sea el modo en que lo defina, en las sociedades de diferentes periodos, y los factores (sociales, psicológicos, culturales) que han determinado dicha posición.» (Rosen, 1974, 11).

Culturas preliterarias y civilizaciones antiguas

Esta etapa, abarcaría desde la prehistoria a la época greco-romana, se caracteriza por una cultura empírico-creencial (explicaciones mágicas y religiosas de la naturaleza) y por un modelo de aprendizaje empírico (ensayo-error). La comprensión del mundo, anclada en interpretaciones mágicas hace que la enfermedad sea entendida como algo procedente de fuerzas ajenas de origen sobrenatural que actúan castigando por transgresiones realizadas, o a veces en función de factores caprichosos relacionados con creencias en espíritus maléficos.

Todas las enfermedades, pero especialmente las enfermedades mentales son consideradas entonces posesiones por parte de espíritus o demoniacas y tratadas con métodos mágico-religiosos. El exorcismo era una práctica frecuente entre los antiguos hebreos, los griegos, los chinos y los egipcios, de modo que los primeros sanadores fueron los

& C, Ediciones Médicas. La cita corresponde a la p. 8 de esta edición. Citado por Huertas R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría, vol. I, nº 1, p. 18

hechiceros y posteriormente los sacerdotes, con el fin de expulsar los espíritus malignos. Según Rigol y Ugalde:

«Los métodos diagnósticos y pronósticos se basan en la astrología, la interpretación de los sueños y la adivinación, proceso para el que precisan de un personaje que al tiempo que ejerce gran influencia sobre la población, se considere que tiene vinculación con las fuerzas sobrenaturales. Este será el chamán o curandero, que adquiere así un papel preponderante por el poder que le confiere el monopolizar el conocimiento sobre la curación de las enfermedades, aunque su fortaleza radica en su vulnerabilidad a la posesión, es el médium mediante el cual hablan los espíritus», (Rigol Cuadra A. y Ugalde Apalategui M. 2000,2).

Estas culturas, aunque de forma muy primitiva ya empiezan a utilizar terapias, que van desde la prevención, mediante talismanes o fetiches, la cirugía mediante trepanaciones para liberar los malos espíritus, la psicoterapia con la creación de un chivo expiatorio, efigies, transmisión de influencias basándose en principios de contigüidad, sacrificios u otros medios simbólicos, o la farmacología con la utilización de drogas vegetales o animales preparadas de forma ritual y secreta, (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2000, 2).

No podemos olvidar que este sistema mágico religioso, que influye en la filosofía de los métodos curativos primitivos, es un modo más entre los muchos que los humanos intentan para introducir la racionalidad en la experiencia caótica en la que vivían los seres humanos en las civilizaciones antiguas y de algún modo satisfacer necesidades socialmente esperadas.

Los dos papiros más antiguos referentes a la medicina datan de 1550 a. C. encontrados en Egipto, en ellos aparecen las primeras referencias a enfermedades mentales y se reconoce al cerebro como órgano donde se localizan las funciones mentales por primera vez en la historia. También hacen referencia a las actividades que se realizaban con los enfermos mentales como método de estimulación.

En relación a los cuidados, serán las mujeres las encargadas de mantener la vida y atender a sus pormenores cotidianos, muy vinculado con el establecimiento de los poblados sedentarios y la división sexual del trabajo. Esta forma de atender las necesidades de los dependientes, se corresponde con la denominada “etapa doméstica del cuidado”, primera etapa descrita por Collière F. (1993, 9-14), en su libro “*Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*” en el que define las distintas etapas que la evolución sociocultural produce en la concepción del cuidado (doméstica, vocacional, técnica y profesional).

Cultura griega y romana

El período denominado “clásico” o grecorromano se caracteriza por la influencia del espíritu especulativo, buscaron leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, buscando las conexiones entre las partes y el todo, la causa y efecto, investigaciones que darán origen a las primeras interpretaciones sobre el funcionamiento mental de una forma sistematizada.

La cultura griega y más tarde la romana se aproximan a una concepción más organista de la enfermedad mental. Hipócrates (460-377 a.C.) fue el primero en señalar el origen natural de la enfermedad mental y desarrolló un concepto nuevo basado en la interacción de los cuatro humores corporales (la sangre, la bilis negra, bilis amarilla y flema) procedentes de la combinación de los cuatro elementos fundamentales de la naturaleza, calor, frío, humedad y sequedad. Esta catalogación le permitió definir cuatro temperamentos: colérico, sanguíneo, flemático y melancólico, que se consideraban indicativos de su orientación emocional. Realiza una clasificación de algunos trastornos mentales: manía, melancolía y frenitis. Clasificación que sustenta la patología cerebral en un desajuste de humores básicos, (Vallejo Ruiloba, 2012, 6).

Por su lado Platón puso el énfasis en los aspectos humanitarios, subrayando la importancia de la comunicación como método diagnóstico y en cierto modo terapéutico, consideró que los trastornos mentales eran en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos, clasificando la locura en cuatro tipos: profética, ritual, poética y erótica.

La tragedia griega, explora los mecanismos del psicodrama, la sugestión, la inducción al sueño y el simbolismo para conseguir una experiencia de catarsis, la escuela sofista llegó a diseñar un método de tratamiento de la melancolía basado en el relato de experiencias y el dialogo con el paciente. La nomenclatura psicopatológica moderna ha acuñado términos procedentes de las obras dramáticas griegas: complejo de Edipo, de Electra, síndrome de Ulises... Procedentes de la reflexión de los dramaturgos griegos sobre determinados conflictos psicológicos arquetípicos.

La cultura romana hereda esta cosmovisión de la enfermedad como proceso natural, el autor más significativo es Galeno (130-200 a. C.) que hizo una síntesis de los conocimientos existentes hasta entonces, localiza la razón en el cerebro, en lo que él llama “el alma racional”, estudió las lesiones cerebrales diferenciando los trastornos psíquicos en orgánicos (traumatismos craneoencefálicos) y mentales (temores, desengaños...) y deduce como las lesiones de un lado del encéfalo se corresponden con alteraciones en el lado opuesto, y señala que las causa de la locura podrían estar en el organismo (lesiones o intoxicaciones) o en la mente (melancolía, fobia...).

Aunque empiezan a aparecer intervenciones basadas en medidas higiénico dietéticas y ambientales, además de posturas opuestas a las medidas represivas con los locos (Asclepiades 124 a. C.), la opinión popular mantiene como causa de toda enfermedad los clásicos criterios sobrenaturales (la posesión por malos espíritus, o la intervención de un poder sagrado), esta concepción popular no contempla ningún recurso para el tratamiento, ni se establecía ninguna disposición legal diferencial para los enfermos mentales. El derecho romano se limitaba a recoger una especie de guarda (*cura furiosi*) que reproducía la normativa para la administración del patrimonio de los menores, la patria potestad que concedía a los padres prácticamente un poder ilimitado.

En estas culturas, el enfermo mental generalmente era dejado a su aire siempre que no provocase situaciones violentas, en estas situaciones eran reclusos en casa a menudo con cadenas y en los casos de importantes problemas de conducta podía ingresar en establecimientos carcelarios o era exiliado y condenado a una vida errante, (Vallejo Ruiloba, 2012, 6).

Edad Media

Con la caída del imperio romano se produce un retroceso en todos los órdenes de la vida, la ciencia y la cultura. La historia la describe como la etapa más oscura: guerras, epidemias, desastres naturales fueron constantes junto con un empobrecimiento cultural y del pensamiento, (García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001, 75).

Siguiendo a Porter (2002, 56), con la Edad Media retornan las antiguas explicaciones místicas y esotéricas sobre los fenómenos que afectan a las personas. Prevalece el pensamiento mágico, la locura era un castigo, una manipulación, una venganza de las entidades sobrenaturales sobre los humanos, de modo que las personas eran víctimas inocentes de fuerzas y motivaciones ajenas, por esto considera que el hombre medieval no busca las causas naturales sino que trata de conocer mejor las esencias trascendentes, con el único objetivo de proveerse así de mayor protección y control.

Este retroceso intelectual tiene su contrapunto en los cuidados. La expansión del cristianismo va a traer otra cultura sanitaria, para los cristianos la ayuda al enfermo es un deber religioso que no debe discriminar a ninguna persona porque su función es ejercer la caridad. Con el crecimiento del fervor religioso fueron apareciendo numerosas congregaciones, hermandades y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos, y la Iglesia se ocupó de construir lugares donde acoger a los desvalidos (entre ellos a los locos) y gestionar la atención que pudiesen requerir.

Así van apareciendo en diferentes lugares los lazaretos, donde se tratan enfermedades infecciosas, como la lepra o la tuberculosis. Estas instalaciones eran lugares de reclusión, con un espíritu segregacionista y estigmatizador, sin ningún tipo de cuidados ni salubridad. También parecen los asilos y hospitales basados en una actitud caritativa cristiana en manos de la Iglesia y donde los locos no tienen un tratamiento especial. Aquí también las personas reclusas y las instituciones en general tendían a sobrevivir al margen de la sociedad.

De cualquier modo a principios de la Edad Media convive una cultura popular empírica, en manos de curanderas y comadronas, junto a la concepción sobrenatural de la Iglesia de corte totalmente moral, masculino y regido por principios patriarcales.

Se intensifica el curanderismo y la brujería, son las brujas y curanderas las encargadas de velar por la salud de la población, sus actuaciones se basan en remedios naturales y conjuros. Respecto a la locura existe una amplia tolerancia, permitiéndose las expresiones desenfundadas y pasionales, canalizadas a través de movimientos herejes religio-

sos, carnavales y cruzadas que de alguna manera son expresión de conductas que podemos considerar “perturbadas”, (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2000, 3).

En este periodo son los monasterios los auténticos centros de recopilación del saber. Los monjes y el clero en general, son los únicos que podían acceder a la cultura médica, y también quienes proporcionan los cuidados en el interior de los hospitales. En el modo de atender al enfermo predominan conceptos sobrecargados de preceptos morales y religiosos defendidos desde el seno de la Iglesia.

De modo que los enfermos mentales en la denominada Alta Edad Media, pueden encontrarse en dos situaciones, a cargo de la familia o vagando a su aire mientras no se considerasen peligrosos, o ser recluidos en las nuevas instituciones (llamados xenodochios) que las congregaciones a instancias de los obispos fueron creando en sus diócesis, (Hernández Martín y Pinar García, 1996, 229-308).

A medida que avanza la Edad Media se incrementa el poder de la iglesia y con ella se afianzan los criterios demonológicos en la interpretación de la locura. Retornamos a concepciones mágico religiosas y los locos vuelven a ser considerados “poseídos”. Los tratamientos se van inclinando por el exorcismo, el castigo y la tortura. Todo esto como forma de extraer el diablo del cuerpo.

Como culminación a esta práctica el Papa Inocencio VIII emite su edicto sellado *Summis Desiderantis Affectibus* (1484), en el que exhortaba a los clérigos a detectar y eliminar la brujería, definiendo la posición oficial a favor de la caza de brujas. Siguiendo sus doctrinas los teólogos dominicos Heinrich Kramer y Johann Sprenger, publicaron en 1486 el “*Martillo de los herejes*” (*Malleus Malleficarum*). En él se atribuye al demonio la causa de todas las enfermedades mentales,¹⁵ (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2000, 4).

Desde esta perspectiva, la enfermedad mental no posee una identidad propia y la persecución se ceba en cualquier conducta supuestamente desadaptada o que alterase el orden imperante. Se mezclan en esta época una actitud misógina, xenofóbica y antiempírica, en la que no sólo los locos son condenados a la hoguera, también las mujeres por ejercer artes curativas, o simplemente por tener pensamientos propios, (Kaplan y Saddock, 1989, 2038).

Las actividades relacionadas con el cuidado se realizan en los monasterios y en los nuevos hospitales dependientes de hermandades religiosas. En este momento ya podemos hablar de personal de enfermería, mayoritariamente religioso pero también laico con votos. No requerían preparación alguna. Se guían por los preceptos cristianos del amor al prójimo, consuelo, caridad y redención, pero en las reglas de los monasterios ya aparecen documentados los principios de la enfermería y los fundamentos del cuidado al

¹⁵ Esta concepción eclesiástica de la locura fundamentada en concepciones morales y la práctica del castigo tiene vigencia durante más de dos siglos a través de la Inquisición, la última ejecución por brujería ocurrió en 1782.

enfermo (siempre como un deber expresado en el evangelio). De este periodo disponemos de documentos escritos en los que se definen las labores y las cualidades que los enfermeros deben cumplir: el libro de Humberto de Romans *De Officiis Ordinis Praedicatorum* (1269).¹⁶

Con esta nueva concepción del cuidado entramos en la denominada etapa vocacional del cuidado enunciada por Collière (1993), en la que lo que se valora es la actitud a mostrar por los cuidadores, consistente en hacer votos de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios y de la Iglesia, reconfortar a través del apostolado, y todo en relación al concepto de enfermedad como designio divino y el cuidado como caridad cristiana, derivada de la tradición de servidumbre y de la idea de salvación eterna a través del cuidados a los más necesitados. La creencia generalizada es que los pacientes se curaban por intercesión de los santos, pero también disponían de conocimientos sobre remedios terapéuticos, principios higiénicos y dietéticos y además se utilizaban métodos de tratamiento físico, catárticos, eméticos y sangrías, (Hernández Martín et al. 1996, 23-26).

La Edad Media es una época que se abrirá a las luces del desarrollo renacentista. Muchos teólogos y entre ellos Santo Tomás de Aquino (1225-1274) o el papa Juan XXI defendieron las tesis grecolatinas del origen natural de la locura, tesis que sintonizaba con su principio religioso de que el alma no podía enfermar, idea que se inclina por una concepción somática de los fenómenos psicopatológicos. Además en el siglo XIII se crean las primeras universidades y con ellas, de algún modo la ciencia empieza a tomar carta de naturaleza y la enseñanza a separarse de la iglesia, (Ullesperger, 2007).

Durante la Edad Media los avances científicos y humanitarios alcanzados por la cultura griega y romana en el enfoque de las enfermedades mentales, solo persisten en la cultura musulmana. Se ocupan en la traducción de los textos científicos griegos, aunque también reciben influencias del cristianismo y de la administración bizantina.

Algunos de sus médicos del siglo X al XII, alcanzaron gran renombre (Rhazés y Avicena de Persia, Avenzoar y Averroes de España). En particular resultó importante el Canon de la medicina de Avicena, como un eficaz intento de coordinar sistemáticamente las doctrinas médicas de Hipócrates y Galeno con las nociones biológicas de Aristóteles. Crearon hospitales siguiendo los procedimientos de los primeros cristianos, hospitales que eran además escuelas de medicina, y fueron los pioneros en dividirlos en salas según las patologías, (Kaplan y Sadock, 1989, 2035).

La primera facultad de medicina del mundo fue fundada en Palermo, cerca de Nápoles, un importante punto de confluencia de las culturas griega romana, judeocristiana y musulmana. Su fundador Constantino el Africano (1020-1087) fue autor entre otras obras "*De Melancholia*", donde se describieron por primera vez los síntomas que carac-

¹⁶ Citado por Hernández Martín, del Gallego Lastra, Alcaraz González, y González Ruiz, (1997). La enfermería en la historia, un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de los cuidados nº 2, p. 24

terizan a la depresión. También propuso alguna hipótesis sobre el pronóstico que hoy mantienen su vigencia. Se considera que el primer manicomio se creó en Bagdad en el año 792, le siguieron centros semejantes en Fez y El Cairo, así como en la Gran mezquita de Druwing, (Huertas, 2012, 45-59),

Desde el punto de vista de los cuidados, en los países musulmanes predominó una actitud humanista hacia los enfermos mentales, en estos asilos específicos para enfermos mentales la atención incluía dietas especiales, baños relajantes, perfumes drogas y música con el fin de “mantener controlados los nervios”. La raíz de esta tendencia humanista, estaba en la creencia de que la persona enferma era una elegida por dios, por lo que a menudo los enfermos mentales eran considerados iluminados y adorados como santos, (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2000, 4).

Renacimiento

A finales de la Edad media y principios del Renacimiento, se produce la aparición de los Estados modernos, adquiriendo poder las monarquías absolutas y emergiendo una clase nueva, la burguesía comerciante.

El comienzo del humanismo en Italia en el siglo XVI, origina una nueva concepción del hombre como ser individual, y el cuestionamiento de criterios propugnados por la Iglesia basados en conceptos sobrenaturales y teológicos (perspectiva antropológica frente a la tradicional teológica).

La influencia musulmana de siglos anteriores, basada en los principios aristotélicos, favorece un entendimiento más apropiado y realista de la naturaleza humana. Se vuelve a dirigir la mirada a la naturaleza. Estudiando y conociendo los fenómenos podrá controlarlos y, fundamentalmente, obtener beneficios de ello. Entre sus postulados en el campo que nos ocupa destaca la unidad cuerpo-mente, y que la enfermedad mental se considera primariamente una enfermedad somática atribuida a una utilización deficiente de la razón.

El desarrollo de estas concepciones más avanzadas sigue coexistiendo con las creencias populares que atribuyen la locura a factores místicos y sobrenaturales. La creencia en las brujas en el renacimiento era generalizada. Las instancias poderosas como la Inquisición, tribunal creado en el siglo XIII para combatir la herejía, extienden su influencia con la llamada caza de brujas, como un intento por “mantener el orden en el mundo”.

El contraste entre el comienzo de una concepción humanista y la persistencia de estructuras sociales y económicas medievales, dependientes de una economía agraria de pura subsistencia, conduce a migraciones y guerras. Esto condiciona que aparezca una nueva imagen simbólica de la locura. Se destierra a los locos fuera de los núcleos de población o se les enrola en barcos con destino al “Nuevo Mundo” en un viaje sin retorno, (Kaplan HI. y Sadock BJ. 1989, 2036-2037).

Este periodo corresponde con la primera etapa de la clasificación de las actitudes históricas ante la enfermedad mental que hará posteriormente Foucault en *Historia de la locura en la época clásica* (1961), “etapa del embarco de los locos en el siglo XV”, se refiere al primer movimiento oficial de actuar sobre la locura, consistente en excluirlas:

«Sacar de la ciudad, de las calles, del espacio público estos elementos poco gratos para la autoridad... Los locos recorrieron caminos y calles... los espacios de la locura son compartidos con delincuentes, desertores, prostitutas, borrachos etc. A los furiosos se les amansaba mediante ayunos, palos y duchas frías, de no resultar se les instalaba en el cepo, como última medida se les fijaba a un muro mediante una cadena corta. Los deprimidos eran tratados en su domicilio, se les aislaba en una habitación separada del resto de la familia y se les ocultaba a sus relaciones sociales», (Foucault, 1967, 76).

En este camino lleno de contrastes, entre ilustración y medievo aparecen figuras relevantes que sustentan principios diferentes sobre la condición de la mujer y del loco. Siguiendo el tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadock (1989, 2035-2039), estos son:

Luis Vives (1492-1540) que defendió en su obra *Bienestar social de los locos*, el origen natural de los procesos psíquicos, posteriormente escribió *De anima et vita* (1538), el primer texto moderno de psicología considerado desde el punto de vista empírico y dinámico y no filosófico. Este humanista español da nombre y define por primera vez a las instituciones que llamaría hospitales, y aconseja que los enfermos mentales deben ser tratados por médicos y no por religiosos.

Agrippa (1486-1535) en su obra “*Sobre la nobleza y preminencia del sexo femenino*”, realiza una defensa general de las mujeres oponiéndose a la misoginia de la época.

Paracelso (1493-1541) fundador de un sistema de medicina basado en una compleja antropología cosmológica. Elabora una visión más dinámica del individuo, obviando concepciones morales, rechaza la demonología en la etiología de la enfermedad mental y considera al loco común, un enfermo. En su obra “*Enfermedades que privan de la razón al hombre*” (1567) dejó varias e interesantes descripciones de procesos clínicos, propone una clasificación de las enfermedades en cinco grupos, epilepsia, manía, locura verdadera, baile San Vito y “suffocatio intellectus”. Subdividió a su vez la locura verdadera en otros cinco grupos: lunáticos, insanos, vesánicos, melancólicos y obsesos. Planteó un tratamiento basado en principios terapéuticos, como consejos y sugestión además de incluir procedimientos basados en sustancias químicas.

A.J.Weyer (1515-1588) médico germano-flamenco, se interesó por la conducta humana individual en mujeres acusadas de brujería. En el libro “*De Praestigiis Daemonium*”, publicado en Basilea en 1563, inicia un rechazo frontal de la creencia en la brujería. Denuncia la situación describiendo enfermedades mentales en mujeres que habían sido acusadas de brujería. Se plantea la importancia del tratamiento orientado por principios médicos y humanos. Describe variedad de entidades clínicas y sus síntomas tales como la tristeza, reacción paranoide, trastorno psicótico compartido, psicosis

toxicas, epilepsia, histeria, depresión e ilusiones. Es en el ámbito de la psicoterapia donde su contribución es más notable. Reconoció la importancia de la relación terapéutica, la observación y el examen psiquiátrico, por lo que ha sido considerado el primer precursor importante de la psiquiatría moderna. El enfoque de Weyer fue totalmente pionero en la época, pero sus libros son ignorados, si no censurados por la Iglesia hasta el siglo XX.

Lentamente va emergiendo la tendencia a la interiorización de la conciencia individual y una noción más liberal y tolerante de la sociedad. Por ejemplo, muchos de los personajes de Shakespeare dan muestra del valor que se empieza a dar a las pasiones como fuerza interior y en la expresión de sus conflictos internos (que no reguladas por la razón alteran la salud). Así se van sentando las bases para una psicología más moderna representativa de un continuo que va de la normalidad a la enfermedad mental.

La asistencia a los desvalidos y sin recursos sigue estando en manos de la Iglesia, existiendo múltiples órdenes que crearon asilos y hospitales importantes. España es una adelantada en la creación de hospicios y hospitales para pobres. Es destacable la creación del que se ha dado en considerar el primer manicomio del mundo occidental, el hospital de los Desamparados en Valencia (1420) por el padre Jofré, siguiendo un modelo procedente de la cultura musulmana. Sin embargo, Fuster, en 1960, encontró un pergamino que data de 1405, en el que se constata la asistencia a los orates en el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, (Ventosa Esquinaldo, 2000, 19).

Sea cual sea el primer manicomio, este modelo ejercerá gran influencia en los países del entorno europeo y también en el nuevo mundo (en 1567 se abrió el primer centro mental en México). Pronto se van abriendo otros manicomios en nuestro país como el de Zaragoza (1425), Sevilla (1436), Toledo (1480), Valladolid (1489) y Granada (1527)... Paralelamente en Inglaterra se funda el Hospital de Belén, de triste recuerdo por el tratamiento inhumano a los enfermos allí ingresados.

En el continente europeo aparecen este tipo de instituciones aunque en escaso número, Pileño Martínez et al. (2003, 29-34), recuerdan que en esta época, el número de enfermos mentales internados en otros países es escaso, España se considera una adelantada en la atención asilar que se le presta a los enfermos mentales fruto de su herencia musulmana.

La iglesia en el centro y norte de Europa entra en el proceso de la Reforma Protestante, crisis que en el oficialismo católico conduce al Concilio de Trento (1545-1563). Concilio que nace de la necesidad de ordenar los puntos doctrinales y como respuesta al protestantismo (Contrarreforma). En sus actas se marcan las directrices que los obispos deben seguir para la organización, fiscalización y mantenimiento de los hospitales, la creación de instituciones para mejorar la formación religiosa del pueblo... y de aquí parten numerosos grupos de religiosos que se dedicaran al cuidado de los enfermos. De

estos destacan los hermanos de San Juan de Dios, los hermanos Terciarios Franciscanos y las Hijas de la Caridad.

Una figura importante en el campo de la atención los enfermos mentales es San Juan de Dios (1495-1550), quien dedica todo su esfuerzo a la atención de estos enfermos, abre asilos en diferentes ciudades (Granada, Roma...) en los que impulsa un tratamiento más humanitario y promueve el establecimiento de criterios administrativos en la asistencia.

Gracias a los reglamentos de los hospitales nos ha llegado el reflejo documental sobre las tareas a desempeñar por parte de los "expertos del cuidado" y también de la organización de las instituciones. Esta normativa define los puestos de trabajo, diferencia las jerarquías profesionales, el grado de autonomía respecto a la institución y los superiores, la ética y la conducta que deben seguir, su grado de responsabilidad etc. Y recordemos, en estos hospitales necesariamente predominan los factores relacionados con el cuidado sobre los terapéuticos, ya que todavía se desconocían las causas de las enfermedades.

Poco después aparecerán los primeros manuales escritos por enfermeros para la formación del personal de enfermería. Por primera vez se toma conciencia de la enfermería como oficio con entidad propia y con necesidades específicas de estructura y conocimientos. Destacan dos manuales: "*Instrucción de enfermeros*" de Andrés Fernández, Madrid 1617. "*Directorio de enfermeros*" de Simón López 1651 que no llegó a imprimirse, pero que nos ha aportado un conocimiento muy detallado del mundo de la enfermería durante este periodo, (Hernández Martín et al. 1997, 32).

Siglos XVII y XVIII

En Europa durante los siglos XVII y XVIII se produce una alianza entre el poder real y aristocrático con la burguesía urbana, con el propósito de proteger el mercantilismo y la incipiente industrialización. Al tiempo, es un periodo en que se generalizan guerras entre religiones (que radicalizan sus posturas). Esta coyuntura condujo a un empeoramiento de la situación socioeconómica de las clases populares y el incremento de parados y mendigos por las calles. En estas condiciones, las clases dominantes temen posibles amotinamientos y revueltas sociales. Sobre todo temen perder sus privilegios, lo que les lleva a buscar respuestas punitivas a la ociosidad y a la mendicidad, con un objetivo básico, desalentar la caridad medieval que según sus ideas, sólo hacía que perpetuar la situación.

El auge del liberalismo en economía y el puritanismo en religión, tuvo como consecuencia cambios en las mentalidades, el trabajo se identificó con la moralidad y el ocio con el pecado. Esta actitud marcó el inicio de la ética protestante que ejerce una influencia considerable en la cultura occidental. La ideología de la Reforma, el racionalismo, apela a la razón como instancia que configura la norma social y cualquier desviación de

esta deberá ser controlada, no ya desde instancias religiosas sino desde la propia comunidad local o nacional.

La suerte de los enfermos mentales durante la ilustración todavía era muy negativa, aunque ya no eran quemados en la hoguera, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. Hasta bien entrado el siglo XIX hay descripciones del trato dado a estas personas en países como Dinamarca, Suecia o Finlandia, las personas con enfermedades mentales eran encerradas en jaulas de madera en los pueblos o encadenadas en los establos junto con los animales, (Knapp et al. 2007, 19).

En estas condiciones, sin un tratamiento efectivo ni posibilidades de asistencia en la comunidad la opción del internamiento era deseada tanto por pacientes como por familiares, lo que coincidiendo con los intereses de la clase dominante antes descrita, propicia que el recurso prioritario sea el internamiento masivo en los denominados “Hospitales Generales”. El propósito de estas instituciones será restablecer el orden, castigar la inactividad y la inmoralidad al tiempo que adoctrinar en el catolicismo o el protestantismo.

Los enfermos mentales junto a vagabundos, criminales, prostitutas, esposas repudiadas así como otras personas no productivas fueron considerados personas proscritas, convertidos en invisibles a través de la creación de correccionales y reformatorios o manicomios. Los ejemplos más significativos son los Houses of correction en Inglaterra 1575, correccionales en Alemania 1620, y el Gran Hospital de París en 1656.

En 1656, un edicto en Francia estableció “asilos para insanos”, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente. En los cuales se encerraba a enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos. El tratamiento que recibían era ninguno en el mejor de los casos o eméticos, purgantes, sangrías y torturas si su conducta resultaba molesta, (Quesada González y Fernández Barrio, 2010, 8).

En 1736 se crea en Inglaterra una ley que deroga las leyes contra conjuros y encantamientos y se exige el encierro de los locos para proteger a los ciudadanos. En 1744 Gran Bretaña promulgó leyes para el internamiento de los enfermos mentales y en 1750 se abrió en Moorsfield el Hospital de St. Luke, y siete años después el hospital de Pennsylvania como primera institución mental pública en EEUU. Sustentado, incluso desde el ámbito de la medicina, en la creencia en la incurabilidad de la enfermedad mental.

En los países cristianos los hospitales se mantuvieron en manos de las órdenes religiosas. Siempre con un carácter de beneficencia, custodial y sin criterios curativos. La atención la prestaban los monjes o las monjas con ayuda de empleados a tiempo parcial y de muy baja extracción social y cultural.

En los países en los que se introdujo la Reforma Protestante, como describen García Martín-Caro y Martínez Martín (2001, 100-103), las órdenes religiosas se dispersaron y

cerraron sus conventos, las personas allí recluidas pasaron a manos de las autoridades locales que utilizaron personal seglar para la atención, personal de estrato social muy bajo y retribución muy escasa (muchos procedentes de las cárceles por problemas de alcohol o de prostitución). Los enfermos pobres quedaron totalmente desprotegidos y las tasas de mortalidad aumentaron hasta límites escalofriantes.

La descripción de la atención que reciben los enfermos no tiene ninguna relación con lo sanitario (con la excepción de las instituciones españolas, aunque sólo sea por su proximidad al hospital general). Su internamiento se rige por criterios arbitrarios y bajo un concepto constrictivo y ejemplarizante. Se les exhibe en jaulas con intención de educar y moralizar sobre la naturaleza salvaje de la irracionalidad y la necesidad de limitar la naturaleza y su libre expresión. Las instituciones asilares tienen como fin fundamental asegurar el cumplimiento de la ley y garantizar el orden social. La locura se convierte en una realidad social alejada de la enfermedad, que precisa control, lo que justificaba las condiciones infrahumanas y la utilización del castigo físico, (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2000, 8-10).

Este periodo es el catalogado por Foucault como el “Gran encierro”, segundo periodo o periodo Clásico en la historia del tratamiento de la enfermedad mental:

«...un movimiento por el cual, a partir de 1656 fueron confinados en París con el decreto que creaba el Hôpital Général, todos aquellos que portaban la bandera de la sinrazón, entre ellos, criminales, prostitutas, mendigos, librepensadores, blasfemos, homosexuales y locos, claramente los diferentes y peligrosos. Este encierro, que alcanzó cifras nunca antes vistas, iba más allá de la detención, ya que durante su estadía los recluidos eran obligados a trabajar a fin de contrarrestar un modo de vida basado en la ociosidad, totalmente opuesto al espíritu burgués inspirado en una exaltación de valores como el esfuerzo y el trabajo.(...) por primera vez en la historia, la locura fue percibida en el horizonte de la pobreza, la improductividad y la inadaptación social y se convirtió en un problema moral, de dimensiones éticas, y por primera vez, también fue excluida y confinada bajo una actitud distintiva de la Época Clásica, si se la compara con el trato recibido por el loco en los siglos anteriores. La locura como enfermedad continuó existiendo, pero en otro destino, el Hôtel-Dieu, un hospital donde entraban los locos considerados curables, experiencia que remitía a la tradición asistencial de fines de la Edad Media, pero que cohabitó con el internamiento, donde los locos no eran recluidos con fines terapéuticos», (Foucault, 1967, 423).

Para él la misión altruista y liberadora de la psiquiatría constituía “*uno de sus mitos fundantes, ya que la coerción física se había sustituido por la sumisión a las rutinas y orden religiosamente seguido gracias a métodos inspirados en el miedo y la intimidación, donde la locura era constantemente juzgada*” (Foucault, 1982, 428), Esta interpretación se caracteriza por considerar al manicomio como un instrumento del Estado. Para Foucault su cometido es silenciar a quienes amenazaban los valores de las clases dominantes. Lejos de una labor terapéutica la creación de los manicomios, asilos y hospitales generales, tienen la función de evitar la presencia de los locos, mendigos y marginales en las calles. El Estado se ocupa de su recogida para el gran encierro, en condiciones habitualmente infrahumanas, de hacinamiento, violencia, inanición y falta de higiene que conducía fácilmente a la muerte, (Huertas, 2006, 267-276).

Con todo, los siglos XVII y XVIII representan el periodo de transición entre la creencia acrítica en los dioses antiguos y la brujería, y la aplicación de los criterios metodológicos en la ciencia, diversos desarrollos condujeron a la preocupación por la clasificación de los trastornos mentales. El primer manual de medicina que trataba de la enfermedad mental fue publicado en el siglo XVII “*la Praxis Médica*”, escrito en 1602 por el suizo Felix Platter (1536-1614), su introducción comienza con una descripción de cuatro clasificaciones mentales, suscribe la teoría de la causación humoral orgánica, aunque no descarta la demonología como factor causal al menos en algunos casos de mujeres poseídas, (Kaplan y Sadock, 1989, 2039).

Otros autores adelantados en su época fueron Zacchia (1584-1659) que sienta las bases para la psiquiatría legal, Sydenham (1624-1689) con una aproximación clínica al estudio de la enfermedad mental y Burton (1577-1640) que determina causas psicológicas y sociales en la enfermedad mental.

Se empieza a tomar conciencia de la enfermedad mental como proceso abarcable desde el ámbito sanitario. Ventosa Esquinaldo (2000), explicita los factores que han condicionado este retraso en la consideración del loco como enfermo. Los cuidados psiquiátricos difieren de los cuidados médicos o quirúrgicos en un aspecto esencial. La conciencia de la necesidad de esos cuidados, el dolor físico o las alteraciones funcionales conducen a la búsqueda de alivio y para ello de ayuda profesional:

«...pero el afectado por la demencia no tenía conciencia de estar enfermo, su apariencia física sana no inspiraba compasión y además se le suponía portador de poderes sobrenaturales. Todo esto llevó a la errónea y trascendental hipótesis de que la medicina no tenía objeto, poder ni derecho sobre los enfermos mentales. Estas condiciones animistas de culturas primitivas estuvieron profundamente arraigadas a través de los siglos y han sido los principales obstáculos que ha impedido llegar a concepto de locura como enfermedad mental y la consideración del loco como enfermo», (Ventosa Esquinaldo, 2000, 13).

Finales del siglo XVIII y siglo XIX

El final del siglo XVIII (coincidiendo con la Revolución Francesa) marca una época plagada de cambios importantes, con la caída del antiguo régimen y del absolutismo se preparan cambios sociales que configurarán la consolidación de una estructura burguesa. Tras las primeras revoluciones, el pensamiento ilustrado trae la preocupación por los derechos del hombre, difundiendo conceptos tan importantes como la libertad individual, la adquisición del rango de ciudadano y el derecho de propiedad.

La declaración de los derechos del Hombre y del Ciudadano, la nueva soberanía civil, no puede permitir la privación de libertad de los ciudadanos. Deben ser abolidas todas las órdenes que permitían el encierro por orden gubernativa de cualquier persona molesta.

En consonancia con esta nueva concepción del ser humano surgen en toda Europa tendencias opuestas a la política restrictiva en el terreno de la atención a los enfermos

mentales imperante hasta este momento. Destacan las aportaciones del inglés Conolly (1794-1866) que teoriza sobre el “sistema de no restraint”, en su obra *“Tratamiento de la insania sin restricciones mecánicas”* (1856), insistió en la eliminación de los tratamientos coercitivos. Por su lado Morel (1809-1873) con la “teoría de la degeneración” en su *“Tratado de enfermedades mentales”* (1860), entiende que la locura es una perturbación frenológica del cerebro condicionada por factores orgánicos y sociales, entiende que algunas enfermedades podrían heredarse y esta predisposición se activaría bien por transmisión vertical o por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones, (Kaplan y Sadock, 1989, 2041).

De este modo los locos pasan a ser considerados enfermos mentales y su tratamiento debe basarse en la alimentación, la salud física, y en la educación como ejercicio del espíritu. A partir de entonces la reclusión de los enajenados debe definirse como algo terapéutico y el paciente ser tratado en las instituciones adecuadas. La locura deja de situarse en el campo general de la exclusión social y pasa a formar parte del terreno sanitario. Empieza a considerarse una entidad clínica y como tal requiere un tratamiento médico y procurar su curación. Esta es la base del movimiento alienista que aboga por el tratamiento moral (Pinel, Esquirol, Georget, Ferrus...).

La difusión y éxito teórico de la política propuesta por el sistema de “no restraint” como modelo de atención, va tomando cuerpo y encontrando lugares donde practicarlo. Así hacia finales del siglo XVIII tanto en Italia, como en Inglaterra y Francia surgieron tendencias más respetuosas en la atención a los enfermos mentales.

En Francia, Inglaterra e Italia aparecen los primeros alienistas, quienes propugnaron que mediante un severo régimen de aislamiento, unas estrictas rutinas y la relación médico paciente podrían reintegrar a la sociedad a los enfermos que hasta ahora solo tenían el destino del encierro de por vida. Con esta filosofía, ponen en práctica lo que denominaron la terapia moral. Esencialmente supone la ruptura con la tradición caritativa y de defensa social, para hacer del manicomio un espacio terapéutico. Como vemos el modelo asistencial se basa exclusivamente en el manicomio. Es en el manicomio donde se va construyendo la psiquiatría como especialidad médica.

Este nuevo modo de conceptualizar la enfermedad mental y el modelo de atención que promueve (el manicomio terapéutico), es el primer paso hacia una atención sanitaria y por lo tanto profesionalizada de la enfermedad mental. Modelo de asistencia que se irá plasmando de diferente manera según los contextos socioculturales.

En Italia la ley 1774 sobre enajenados estableció las reglas específicas, incluido el examen mental para llevar a cabo un internamiento, se construyó el hospital de Bonifacio que bajo la dirección de Chiarugi (1759-1820) abogó por un trato respetuoso, la no aplicación de la fuerza física ni métodos crueles, también se instauran medidas de higiene y de seguridad, esta normativa supuso un cambio radical en el tratamiento del enfermo mental.

En Inglaterra el ímpetu para la reforma del tratamiento de los enfermos mentales procedió de los cuáqueros, conocidos por su participación en todo tipo de empresas relacionadas con la beneficencia y la caridad. La Sociedad de Amigos hacia finales del siglo XVIII mantuvieron varias reuniones con el objetivo de “mitigar la miseria y restauración de las personas perdidas para la sociedad civil y religiosa”. Así progresivamente la defensa de la sociedad ante los locos se va transformando en la defensa de estos ante los abusos manicomiales. W. Tuke (1732-1819) critica las anomalías del hospital de York y Belén y pone en práctica a través del “tratamiento moral” lo que supone un avance en el tratamiento a los enfermos mentales. En 1796 se abrió en York el Retiro, con una capacidad para unos 30 pacientes, que eran tratados con amabilidad y comprensión, libres de toda contención mecánica. Se inducía a los pacientes a la autocontención. Se otorgaban privilegios según el progreso conseguido, esforzándose por proporcionar la asistencia requerida dependiendo de las necesidades individuales. Esta filosofía de tratamiento se basa en dos principios, el miedo y el autoconocimiento. Fue adoptada en varias instituciones tanto en Inglaterra como en Estados Unidos, (Kaplan y Sadock, 1989, 2041-2042).

El mayor exponente de esta corriente la tenemos en Francia en 1800, con la obra del médico y reformador francés Philippe Pinel (1745-1826), quien plantea que no toda la locura debe ser heredada o por defecto orgánico en el cerebro, “podía ser adquirida por defectos morales”, reconoce así la subjetividad y la razón en el paciente y esto le permite intervenir con lo que denominaban terapia moral en la que el paciente debería internalizar los patrones de juicio y castigo moral de su sociedad, (Kaplan y Sadock, 1989, 2042).

En 1793 fue nombrado director del hospital de la Bicêtre, una institución para pacientes masculinos y dos años después de la Salpêtrière (una institución para mujeres que en aquellos momentos alojaba a 6700, la mayor parte encadenadas). Pinel junto con Jean- Batiste Pussin, considerado el primer enfermero psiquiátrico, trabajan postulando la asistencia médica a los enfermos, la supresión de las cadenas y el hacinamiento. Exigen que se les trate con respeto, dejando el castigo físico relegado a lo “imprescindible”, permitiendo que se moviesen libremente por el hospital, (Malvárez, 2011, 25).

La aplicación del "tratamiento moral", se basaba en la noción aristotélica de salud mental como resultante del equilibrio de las pasiones, considerando las pasiones el vínculo entre la mente y el cuerpo. El tratamiento requería una combinación de amabilidad, firmeza y coerción. Incluyó programas de actividades de grupo de pacientes en un entorno estructurado y separando en lo posible los pacientes según su pronóstico de mejoría. Pronto pudieron mostrar una rápida mejoría de muchos de sus pacientes al liberarlos de las cadenas, los encierros y el trato denigrante, (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2000, 8-9).

Pero la contribución fundamental de esta corriente humanista fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales, reivindicando para ellos un estatus de enfer-

mos, merecedores de un tratamiento. Este tratamiento pasa ineludiblemente por el aislamiento ya que considera que el medio es fuente de esa patología.

De las aportaciones de Pinel, Foucault (1967) destaca, el importante avance que supone su concepción de que la locura es susceptible de curación (en algunos casos y en cuanto son conductas aprendidas), al mismo tiempo que señala que el fundamento filosófico y teórico de su modelo de atención es:

«...el control social para determinar la forma en que todo el mundo debería pensar para ser considerado normal, encerrando, clasificando y analizando al enfermo mental como a un objeto, la racionalidad moderna se muestra como lo que es, voluntad de dominio», (Foucault, 1967, 490).

Este es el denominado tercer periodo de la definición de la locura de Foucault, periodo Moderno o de la “*ilusión de la liberación de la locura*”.

Con esto o a pesar de ello, la obra de Pinel y sus seguidores supone la liberación de interpretaciones demonológicas en la atención a los enfermos mentales. Se sustituye la especulación por la observación empírica, en lo que se considera el nacimiento de la psiquiatría moderna.

En el transcurso del siglo XIX va desarrollándose la psiquiatría académica con importantes avances científicos, Esquirol (1782-1840), alumno favorito de Pinel, fue nombrado médico en Salpêtrière en 1811, como continuador de su obra en relación a la terapia moral. Esquirol pone de manifiesto que la emancipación de los locos había quedado en el papel. Se dispuso a llevarla a la práctica, siempre considerando el internamiento imprescindible en el tratamiento de la enfermedad mental.

Esquirol fue mayoritariamente responsable de la promulgación de una ley de enajenados de 1838. Estableció la construcción de un asilo en cada departamento de Francia y los procedimientos de internamiento forzoso (previamente en Inglaterra la ley County Asylums Act de 1808, seguía los mismos preceptos). Leyes que legitiman administrativa y jurídicamente la psiquiatría y el manicomio. Instauran la tutela médica del enfermo mental, e influyen decisivamente en toda la legislación occidental. Así el manicomio es un lugar de reclusión sin duda, pero también pretende ser un lugar de refugio, de terapia y de producción de saber, (Campos Marín y Huertas, 2008, 471-480).

En su libro “*Des maladies Mentales*” (1837), Esquirol define las alucinaciones, que diferenció de las ilusiones. Además, clasificó las insanias en “monomanía” (un síntoma actualmente denominado ideación paranoide) y “manía general” (similar al delirium), a la monomanía asociada con depresión la llamó “lipemanía”, subrayó el papel de las emociones en la etiología de estas enfermedades e inauguró el primer curso de psiquiatría. Entre sus principales seguidores tenemos a Jean Pierre Falret (1794-1870) y Jules Baillarger (1809-1890), que describieron la “insania circular”, y Jacques Joseph Moreau de Tours (1804-1884), que fue el primero en describir un cuadro psicótico inducido por una droga (el hashish).

Todos estos avances teóricos tienen gran difusión, aunque, a medida que se van configurando las diversas entidades nacionales en Europa, la medicina y también la psiquiatría pasan a adquirir unas características diferenciales en cada país. La psiquiatría germana estuvo fuertemente influida por el movimiento romántico y por principios teológicos, por lo que los psiquiatras alemanes tenían poca experiencia clínica y sus escritos carecían de objetividad científica. Representantes de la psiquiatría alemana son Kahlbaum (1833-1899), Kraepelin (1859-1926), Westphal (1833-1890).

En Francia es donde se produjeron los avances más importantes, subrayaron el estudio clínico del enfermo, la clarificación de síntomas y su descripción detallada, en una estrecha relación entre psiquiatría, neurología y aspectos medico legales. La psiquiatría inglesa se caracterizó por primar los aspectos prácticos, orientación que se plasma en la creación de hospitales para enfermos mentales con la mejor dotación posible.

Siguiendo el Tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadock (1989, 2042-2043), los avances científicos más significativos en el terreno de la psiquiatría de este momento histórico se pueden sintetizar teniendo en cuenta varias figuras. Por ejemplo, el cirujano inglés James Braid (1795-1860) descubrió que los estados de trance, como los inducidos por Mesmer, no son por magia ni magnetismo, sino por exceso de fatiga muscular debida a prolongados periodos de concentración, acuñando el término "hipnosis". Este procedimiento lo utilizó en cirugía para disminuir el dolor.

Otro referente fue el neurólogo francés Jean Martin Charcot (1825-1893), diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquéllas cuyos síntomas eran de origen psicológico o "histérico". Fue también el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a los síntomas físicos.

Otros autores importantes de esta época fueron: Johann Reil (1759-1813), alemán, creador de la psicoterapia racional y fundador de la primera revista psiquiátrica. Fue también el primero en utilizar la palabra "psiquiatría". Benjamin Rush (1745-1813), reconocido como el "padre de la psiquiatría norteamericana". Joseph Adams (1756-1818), inglés, sostuvo que se hereda la susceptibilidad a la enfermedad y no la enfermedad en sí, con lo cual permitió pensar en prevención y curación. Johann Christian Heinroth (1773-1843), alemán, el primero en utilizar el término "psicosomático". James Cowles Pritchard (1786-1848), inglés, dijo que la actitud antisocial es una forma de enfermedad mental, describiendo lo que luego se denominó psicopatía. Wilhem Griesinger (1817-1868), alemán, proclamó que las enfermedades mentales son patologías cerebrales. Carl Wernicke (1848-1905), alemán, seguidor de Griesinger, intentó localizar fenómenos psiquiátricos en estructuras cerebrales. Walter Cooper Dendy (1794-1871), inglés, introdujo el término "psicoterapia", al que definió como prevención y remedio mediante influencia psíquica. Daniel Hack Tuke (1827-1895), bisnieto de

William Tuke, autor, junto con John Charles Bucknill (1817-1895), del primer texto completo de psiquiatría.

Hacia la última parte del siglo la psiquiatría estuvo fuertemente influida por las teorías evolucionistas derivadas de la obra de Darwin. La contribución científica más importante procede de Hughlings Jackson (1835-1911), quien formula los tres niveles en los que se dispone el sistema nervioso, un nivel inferior, un nivel medio, y un nivel superior, que se han ido superponiendo a lo largo de la filogénesis de la especie.

De este modo a lo largo de la primera mitad del siglo XIX, las ciencias a todos los niveles, progresan de una forma espectacular. En el campo sanitario destacamos el invento del termómetro, el microscopio, el estetoscopio y se descubren las causas de numerosas enfermedades. En el campo psiquiátrico, como hemos visto, también son importantes los avances científicos, avances que comportan la profesionalización de la medicina psiquiátrica, y con ello un aumento del poder del médico en detrimento del enfermería que de este modo pierde su capacidad autónoma de acción, para supeditarse a las decisiones médicas, (Hernández Martín et al. 1996, 25).

Como describen estas autoras:

«Ahora es el médico el que toma la responsabilidad del hospital, los reglamentos se hacen más parcos, regulándose las profesiones sanitarias, con lo que la actividad de la enfermería queda supeditada plenamente a la medicina como mera ayudante y sin cualificación alguna», (Hernández Martín et al. 1996, 25).

De modo que los cuidados se basan en la hostelería, el aseo y poco más. Pero ahora, al menos teóricamente, se debe proporcionar un trato de los enfermos mentales bajo una concepción humanista que aboga por el abandono de los métodos de contención crueles y el diseño de un sistema asistencial respetuoso y en cierto modo terapéutico.

En la línea de los avances científicos y del conocimiento del siglo XIX, la ciencia enfermera empieza a tomar carta de naturaleza. En el entorno protestante, surgió el instituto de Diaconisas de Kaiserwert creado en 1836, siendo uno de los factores más importantes en institucionalización de los cuidados enfermeros. Su influencia se extendió por todo el mundo, estableciéndose nuevas bases en otras ciudades. Se consolidaría gracias a la labor de Florence Nightingale.

F. Nightingale (1820-1910), es considerada pionera de la profesionalización del cuidado e iniciadora de la enfermería moderna. Sus aportaciones más destacadas son: el inicio de la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propio de la enfermería, la organización de la profesión y la educación formal de los enfermeros. Inicia la investigación y hace una amplia aportación literaria vinculada a la disciplina. Fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología, conceptos de higiene y saneamiento en el campo de los cuidados.

Con las aportaciones de Nightingale entramos en la denominada etapa técnica del cuidado enunciada por Collière (1993, 9-14), en la que se centra la atención en la lucha

contra la enfermedad, bajo el concepto de salud como ausencia de enfermedad. Época humanomarcada por la conceptualización de la enfermería como auxiliar del médico, ya que la mayoría de sus tareas son delegadas por éstos.

Con los avances comienza la instrucción pública de la enfermería. Proliferan las escuelas por toda Europa y EEUU. Se fundaron nuevas organizaciones como la Escuela de Enfermeras Visitadoras de Liverpool o la Cruz Roja. La formación se fundamenta en la filosofía propuesta por Nightingale, con una duración de dos o tres años según los países y con una metodología similar al del aprendiz, controlada totalmente por la profesión médica.

La enfermería pasa en esta etapa de centrar su intervención en el cuidado a dedicarse plenamente a la enfermedad y su curación, actividad derivada de la práctica médica. La instrucción pasa por la adquisición de conocimientos técnicos y una formación regulada por el poder político. El desarrollo de estos estudios hizo que se incorporasen numerosas mujeres seculares a esta rama profesional perdiendo preponderancia la enfermería vinculada a las órdenes religiosas, (Hernández Martín y Pinar García, 1996, 89).

En el ámbito de la enfermería psiquiátrica los avances fueron más lentos, seguramente por las particularidades de la atención sanitaria a la enfermedad mental. Ya a lo largo del siglo XIX aparecen las primeras escuelas exclusivas para la formación en enfermería psiquiátrica: en 1836 en Alemania, fundada por Theodor y Friedericke Flidner y en 1880 se crea la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica en América, (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2000, 10).

A pesar de los importantes progresos científicos y técnicos, la atención que recibían los enfermos mentales no experimentó importantes avances. La atención en los manicomios se mantenía en manos de los guardianes o carceleros (predecesores de la enfermería psiquiátrica). Ahora contemplaba un trato humanitario en aras de la política de “no restraint”, pero la función primordial de los cuidadores o guardianes seguía siendo la custodia y mantenimiento del orden. Además generalmente estos puestos son ocupados por personas de baja extracción social, retribuciones muy escasas y ninguna capacitación, lo que conducía frecuentemente a una bajísima calidad de vida de los internados y la ausencia total de cuidados.

La provisión de una asistencia personalizada más humana, en un entorno adecuado defendida por los partidarios de la terapia moral, resultó mucho más problemática en la realidad. Junto a las malas condiciones en el interior de los manicomios, la demanda de ingresos se dispara en este periodo lo que incrementará si cabe las condiciones de hacinamiento.

El desarrollo del capitalismo, y el proceso de industrialización provocaron importante movilidad social y geográfica, lo que creó concentraciones urbanas en situaciones de degradación y explotación, grandes bolsas de pobreza, tensiones sociales y la consi-

guiente dislocación de numerosas personas. Esto generó un incremento notable de la necesidad de asistencia.

Paralelamente se publican estudios como el de Pliny Earle que pone en duda la efectividad del tratamiento moral. Al tiempo que empiezan a triunfar las tesis sobre la parálisis general progresiva y la relación entre enfermedad mental, lesión, organicidad e incurabilidad, (Espinosa Iborra, 2006, 434-439).

En general la psiquiatría quiere aproximarse a la medicina positivista imperante e intenta la adopción del método anatomo-clínico con la influencia de la doctrina de la degeneración lombrosiana (concepción del delito como resultado de tendencias innatas, de orden genético, observables en ciertos rasgos físicos o fisonómicos de los delincuentes habituales: asimetrías craneales, determinadas formas de mandíbula, orejas, arcos superciliares, etc.). Lo que unido a la poca efectividad de la psiquiatría organicista conduce a una concepción nihilista del tratamiento de la enfermedad mental, (Comelles, 2009, 33-103).

No era un ambiente propicio para propuestas idealistas y de defensa de derechos humanos. En estas condiciones sociales se produce un rápido declive de la filosofía del tratamiento moral, siendo sustituida por otra más pesimista en cuanto a las posibilidades de curación y que ofrecía un trato mucho más impersonal. Empieza a primar de nuevo el aparato custodial, las instituciones hacinadas y al margen de la sociedad. La masificación de los asilos se produce rápidamente y esto impide el tratamiento individualizado.

A finales de siglo toda Europa occidental se vio poblada por un impresionante número de manicomios con cientos de miles de camas, donde los pacientes eran ingresados por órdenes judiciales o por mandato de funcionarios sanitarios. Eran instituciones al margen de la sociedad de donde no era fácil salir (Knapp et al. 2007, 19).

La asistencia se decanta por el custodialismo asilar sin ninguna función curativa. La masificación y el alto costo de mantenimiento de los asilos psiquiátricos hacen difícil su sostén solo en función de la caridad, por lo que se inclinan por el aprovechamiento de la fuerza de trabajo de las personas allí internadas y la búsqueda de subvenciones de la administración. Las condiciones de estos asilos llegaron a ser dantescas en muchos lugares.

El aislamiento de los enfermos mentales condujo inevitablemente al aislamiento del personal que debe atenderlos y a una desconexión de la psiquiatría con los avances científicos de la medicina general y con el desarrollo que la profesión enfermera empezaba a forjar.

La fuente de conocimiento son los manicomios y la patología allí presente. El estudio se centra en los trastornos psiquiátricos más graves (psicosis), quedando al margen los problemas psiquiátricos menores que no requieren internamiento. Mientras, la psiquiatría universitaria oficial sigue centrada en los aspectos clasificatorios de la enfermedad mental.

Las clases privilegiadas por su lado, se proveían de la asistencia a la enfermedad mental a través de instituciones privadas, balnearios o sanatorios en los que su clientela fundamental eran los llamados eufemísticamente los pacientes “nerviosos”. Su incremento entre 1880 y 1930 fue espectacular, su enfoque es prioritario por lo orgánico más que lo psiquiátrico explícito y su dedicación exclusiva a personas con recursos. En los balnearios y sanatorios se ofrecía una amplia gama de cuidados basados en las dietas, los masajes, la hidroterapia y un intenso programa social, *“una atención muy adecuada sino hubiese estado reservada para un pequeño segmento de la población”*, (Knapp et al. 2007, 22-23).

Siglo XX

A principios de siglo XX el asilo psiquiátrico es en casi toda Europa la única opción asistencial pública para los enfermos mentales, aunque Knapp et al. (2007, 20-21), nos hablan de tres excepciones. Una es el hospedaje, que supone el acogimiento en domicilios particulares del mismo pueblo de los enfermos deshospitalizados. Experiencia que se inició en 1764 por la familia Engelken en Rockwinkel, cerca de Bremen. Esta práctica se extendió por toda Europa excepto en España, Portugal e Inglaterra. Otra excepción son las clínicas psiquiátricas urbanas. Dirigidas al tratamiento de los casos agudos, para estancias cortas que terminaban en la recuperación o en el traslado al manicomio. Éstas fueron propuestas por Wilhelm Griesinger en 1878 en Heidelberg (Alemania) extendiéndose por otras grandes ciudades europeas, (los hospitales universitarios funcionaban con este modelo). Ambas instituciones son de carácter comunitario para la asistencia tras el alta, casi siempre dirigidas por instituciones de beneficencia, existieron en las ciudades más grandes como en París o en Londres.

Por último, la tercera excepción, son los hospitales generales que comenzaron a ingresar pacientes con enfermedad mental, creándose las salas de psiquiatría. Con todo, en este periodo la asistencia al enfermo mental es fundamentalmente manicomial, con una filosofía custodial y bajo criterios somaticistas. Manicomios que estaban sometidos a un incremento constante de demanda asistencial y, consecuentemente, del número de ingresados.

Como se ha dicho, hasta la década de 1960 el número de manicomios sigue aumentando en toda Europa (excepto en Reino Unido y en Irlanda). Son instituciones grandes (más del 25% tenían más de mil camas) y con una asistencia muy poco profesionalizada, (Knapp et al. 2007, 20-21).

En este contexto en el que el modelo de atención es básicamente manicomial, el suizo Meyer (1866-1950) tras establecerse en EEUU a principios de siglo, intenta aplicar los principios de Salud Pública a la enfermedad mental. Subrayó los factores sociales y familiares en la enfermedad mental. Aceptó algunas de las ideas psicoanalíticas. De este modo incorporó nuevos enfoques terapéuticos en la atención a los enfermos mentales.

C. Beers (1876-1943)¹⁷ en 1908 escribió un libro autobiográfico titulado “*A Mind That Found itself*”, en que se refería al tratamiento que el mismo había recibido en un hospital psiquiátrico de Connecticut. Como resultado de esta experiencia y asociado con Meyer, crearon en 1908 el movimiento de Higiene mental (The Mental Hygiene Movement). Los objetivos de esta asociación fueron: mejorar las actitudes públicas hacia la enfermedad mental, mejorar los servicios y la atención ofrecida a los enfermos, y trabajar en la prevención y la promoción de la salud mental, anticipando muchos de los fundamentos del modelo de atención de salud mental comunitaria.

En el campo científico el interés clasificatorio iniciado en el siglo anterior, se difunde y toma carta de naturaleza a través de la obra de Kraepelin (1856-1926). Kraepelin desarrolla el modelo positivista de la psiquiatría. Dió a la enfermedad mental una explicación orgánica y neurofisiológica y clasificó de forma sistemática las enfermedades mentales. Publicó su “*Tratado de psiquiatría*” (1883), desarrollando las clasificaciones en función de agrupación de síntomas desde un enfoque descriptivo y longitudinal, con la posibilidad de tratamientos específicos. Delimitó dos enfermedades fundamentales: la psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz.

A partir de Kraepelin toda enfermedad mental podrá ser encuadrada dentro de una entidad nosológica. Esto supone una trasposición a la psiquiatría del modelo mecanicista de la medicina de laboratorio del siglo XIX. Cada enfermedad deberá tener un origen, un curso, un pronóstico y una terminación determinada. Dotando así a la psiquiatría de un lenguaje común que con matices ha pervivido hasta nuestros días, (Vallejo Ruiloba, 2012, 9-10).

Siguiendo esta corriente que se denomina nosográfica, Bleuler (1857-1939) y Jaspers (1883-1969), publican dos obras de gran repercusión en la psiquiatría contemporánea: “*Demencia precoz o grupos de esquizofrenias*” (Bleuler 1911) y “*Psicopatología general*” (Jaspers 1912), reordenan los cuadros estructurados por Kraepelin y el término demencia precoz lo sustituyen por “grupo de las esquizofrenias”, incorporando la dimensión dinámica y el inconsciente a la clínica de las psicosis. Jaspers añadió el rigor metodológico a la psiquiatría, teniendo en cuenta la idea de proceso y de desarrollo gradual o súbito, aportando en sus descripciones tanto los aspectos explicativos (propios de las ciencias de la naturaleza, lo que supone correlacionar los fenómenos psíquicos con la base estructural somática), como comprensivos (propio de las ciencias del espíritu, conectando la conducta con los hechos histórico biográficos). La obra de Jaspers tuvo gran influencia tanto a nivel psiquiátrico como por su interés a nivel filosófico,

¹⁷ Beers, nació en New Haven, Connecticut y se graduó en la Escuela Científica de Sheffield en Yale en 1897. Publicó en 1908 “*Una mente que se encuentra a sí misma*” (A Mind That Found Itself), un relato autobiográfico de su experiencia como interno en una institución mental, con el diagnóstico de depresión y paranoia. Con el apoyo de profesionales de la medicina, contribuyó en la difusión de la importancia de la prevención de los desórdenes mentales. Abrió la Clínica Clifford Beers en New Haven en 1913, la que llegó a ser la primera clínica dedicada a la salud mental en los Estados Unidos. Beers, junto a Meyer A. organizaron el Movimiento de la Higiene Mental en EEUU. Movimiento que se difundió en Europa durante la primera mitad del siglo XX.

convirtiéndose en un exponente del existencialismo alemán, (Vallejo Ruiloba, 2012, 11).

Como hemos visto, Alemania es pionera en avanzar hacia un modelo de tratamiento para la enfermedad mental fuera de las instituciones asilares, creando clínicas para enfermos agudos. Esto supone una aproximación a un escalonamiento de la asistencia según el proceso de la enfermedad. Se considera el primer conato del tratamiento ambulatorio, aunque mantienen la segregación de los enfermos crónicos.

También en Alemania, producto de las presiones sociales, se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (Bismarck, 1883), previamente la población, en su mayoría, no tenía acceso a ningún tipo de asistencia médica ya que el abundante proletariado no entraba en los sistemas de beneficencia pero tampoco podía costearse una medicina privada. El Seguro de Enfermedad supone un gran avance social que se extendió rápidamente por países europeos (Gran Bretaña, Holanda, Noruega, Serbia, Rumanía, Yugoslavia, Francia y Suecia).

Aunque el modelo de aseguramiento implantado tiene aspectos diferenciales según los países, en todos ellos la enfermedad mental se incorpora a la cobertura sanitaria. Los costes de la hospitalización por razones psíquicas eran asumidos por los fondos del seguro estatal o por la comunidad local en caso de indigentes. De este modo la integración de la atención psiquiátrica en el sistema Seguridad Social ya tenía algún recorrido antes de la II Guerra Mundial, (Knapp et al. 2007, 23).

Este proceso coincide con el descubrimiento de modos ya avanzados de diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Así surgen movimientos de Salud Pública y comienza la proliferación de hospitales con una función diferente a la que venían desempeñando, dirigida exclusivamente al diagnóstico y tratamiento, basada en los recientes avances técnicos y terapéuticos.

El desarrollo hospitalario y los avances en la medicina también tendrán repercusiones en los cuidados, que se hacen cada vez más sofisticados y complejos. De modo que los profesionales del cuidado deben avanzar en su formación y en su desarrollo profesional, aunque por el momento su práctica está subordinada a las indicaciones médicas y con escasa autonomía. Es una profesión técnica y dependiente, pero esto ha de cambiar rápidamente.

En la década de los 50 se sitúa el inicio de la enfermería como profesión con identidad propia. Estos inicios van parejos al desarrollo de los modelos teóricos y filosóficos de enfermería. Estos modelos tienen como objetivo principal servir de dirección y guía para estructurar la práctica, la formación y la investigación y definir la aportación específica de la enfermería como profesión dentro del marco sanitario.

Es en este momento cuando se produce un salto cualitativo en la evolución de los cuidados. En 1953 se publicó el primer modelo de enfermería por Hildegard Peplau (1909-1999). La enfermería como profesión comienza a formalizar y sistematizar los

parámetros de un cuerpo propio de conocimientos. A finales de los 60, se hacen grandes esfuerzos por definir y desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), herramienta de aplicación práctica del sistema teórico, con una terminología específica dándole un enfoque científico y resultado de investigaciones.

De este modo se pasa a la cuarta etapa enunciada por Collière (1996, 9-14), en su descripción de las distintas fases de la evolución sociocultural del cuidado: la enfermería profesional. Etapa en la que pasa de una asistencia centrada en la enfermedad a una perspectiva más amplia, contemplando tanto la salud como la enfermedad, los individuos, las familias y la comunidad, teniendo en cuenta la situación del individuo es su entorno. La enfermería se incorpora como disciplina universitaria y la formación de los futuros enfermeros la dirigen plenamente profesionales de la enfermería.

De modo que en los años 80, se produce la aceptación de la enfermería como disciplina independiente en la comunidad científica, con la correspondiente demarcación de conceptos y ámbito de dominio profesional con un cuerpo de conocimiento propio, definido, fundamentado en su práctica y fruto de investigación.

No podemos olvidar que en este proceso ha sido trascendente para la transformación de la asistencia sanitaria la nueva definición de salud de la OMS (1948): “*El estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad*”,¹⁸ definición que supone un nuevo enfoque social sobre la salud en general y como describen Hernández Martín et al (1997):

«...marca un giro y abre un campo de posibilidades donde la enfermería comienza a explicar el porqué de sus acciones y cómo éstas actúan para proporcionar mayor calidad al cuidado. No es ya sólo el procurar conservar la vida (misión principal del quehacer médico), sino la calidad de la vida (misión principal del quehacer enfermero) lo que la sociedad comienza a reclamar», (Hernández Martín et al.1997, 25-26).

Otro hito importante se concreta en 1977 cuando todos los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud declaran su objetivo “Salud para todos en el año 2000”, desde entonces, distintas Conferencias Internacionales de Salud han llamado la atención sobre la necesidad de desarrollar sistemas sanitarios basados en la salud pública y la atención comunitaria (Conferencia de Alma-Ata, 1978), resultando el punto de partida para el desarrollo de la Atención Primaria.

Volviendo a los aspectos concretos de la atención a la salud mental, también en este aspecto se avanza en el desarrollo de tratamientos biológicos de las alteraciones psiquiátricas. Son tratamientos que tratan de seguir los diferentes postulados en cuanto a la supuesta etiología de los trastornos mentales, aunque de una forma todavía muy primitiva.

¹⁸ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

La terapia por la malaria fue introducida por Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940) que ganó el premio nobel en 1917, la terapia del sueño fue utilizada en Suiza poco después, en 1932 se empiezan a utilizar tratamientos como el coma insulínico practicado por Manfred Sakel (1900-1957), el tratamiento por choque con cardiazol de Ladislau von Meduna, la lobotomía practicada por primera vez en 1936 por Egas Monis (1874-1955). En 1938 Ugo Cerletti (1877-1963) utilizó por primera vez la práctica del electroshock con la colaboración de Lucio Bini. Tratamientos que, aunque de limitada eficacia, introducen la medicalización en los asilos que así pasan ser considerados hospitales psiquiátricos.

Pero la contribución principal en la renovación de la conceptualización de la enfermedad mental procede de Freud (1856-1939) y el psicoanálisis. El psicoanálisis supone una clara ruptura con las viejas concepciones psiquiátricas, constituye un nuevo modelo de tratamiento y comprensión de las enfermedades mentales que rompe con la orientación psiquiátrica oficial, organicista y centrada en la psicosis. Freud incorporó los trastornos neuróticos en la atención psiquiátrica. Introdujo la técnica psicoanalítica en el abordaje de la enfermedad mental y una explicación dinámica de las alteraciones mentales. Estas nuevas concepciones cuestionaron el cuerpo teórico de la psiquiatría académica y las concepciones morales de su tiempo lo que también provocó un importante rechazo en amplios sectores del ámbito profesional y social.

A pesar de este rechazo, el psicoanálisis también contó con numerosos seguidores que se articularon en una nueva disciplina. Seguidores que formarán diferentes escuelas, entre ellos destacan: A. Adler (1870-1937) y C. Jung (1875-1961) que desarrollaron conceptos originales incluyendo entre otros el concepto de inconsciente colectivo. O. Rank (1884-1939), postuló la creatividad como alternativa constructiva a los conflictos neuróticos, minimizando la importancia del conflicto edípico. K. Horney (1885-1992), dió importancia a los factores culturales en el desarrollo de la neurosis. Goldstein (1879-1995), es el iniciador de la teoría de la Gestalt. Galton (1822-1911) y Casttall (1860-1944), promovieron la teoría holística. Binet (1857-1911) y Rorschach (1884-1922), iniciaron la valoración proyectiva de la personalidad, (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2000, 9).

En otro orden y en plena expansión del psicoanálisis el ruso Pavlov (1849-1936), junto a Thordnike (1874-1949) formularon la ley del efecto y la identificación del condicionamiento instintivo, construyendo los pilares del conductismo. Esta escuela tardó en tener influencia real en el tratamiento de la enfermedad a mental pero abrió la vía para una psicología experimental, (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2000, 9).

En general el movimiento psicoanalítico, tuvo una importancia limitada en Europa Central e Inglaterra ya que la psiquiatría oficial siguió siendo en gran medida organicista y estrechamente ligada a la neurología. Por el contrario en Estados Unidos, un país mucho menos anclado en las tradiciones académicas, la aceptación de las nuevas ideas resultaba mucho más fácil, en este sentido se animaba la creatividad y todo tipo de

experiencias a nivel social. Así cuando a finales de los años 30, como consecuencia de la persecución de los judíos en Alemania muchos y distinguidos analistas se vieron forzados a emigrar a EEUU, el clima resultaba propicio para la aceptación de sus ideas, no sólo en el plano psiquiátrico sino también en educación, sociología, antropología, arte... Hasta finales de los años 50 la vida cultural del país estaba impregnada de conceptos psicoanalíticos, (Kaplan y Sadock, 1989, 2047).

En la década de los años 30 en Alemania surgió con fuerza la corriente analítica existencial, corriente que recoge de Jaspers su fenomenología con aportaciones que la complementan, como la valoración de la totalidad de la historia vivencial, la captación de las esencias cobrando fuerza la temporalidad y espacialidad en la existencia del enfermo.

Como vemos, la práctica psiquiátrica durante la primera mitad del siglo XX se caracteriza por una diversidad de corrientes y escuelas. Mellor y Aragona (2009, 217-228) sostienen que:

«Durante la primera mitad del siglo XX la situación siguió caracterizándose por diferentes escuelas de pensamiento que elaboraban autónomamente su propia clasificación de las patologías mentales. Para Minkowski, la nosografía psiquiátrica se caracterizaba por ser el centro de polémicas entre países, entre escuelas e incluso entre psiquiatras».

Mientras que, como dice Fernández Liria (1999, 503):

«Desde Pinel hasta la irrupción del DSM III en 1980, las psiquiatrías eran disciplinas ligadas al territorio (o, mejor, a la cultura). Había una Psiquiatría Francesa y una Psiquiatría Alemana, una Psiquiatría Británica y otra Americana. La estructuración de los manuales, la psicopatología, la definición de los síndromes, los caminos abiertos a la investigación, las preferencias en los tratamientos, las referencias bibliográficas, eran diferentes en cada una de ellas».

Aunque la diversidad de corrientes se mantiene, a partir de la II Guerra Mundial se produjo un cambio sustancial en el modelo de asistencia a la enfermedad mental. Este cambio es producto de diferentes factores.

Por un lado por las consecuencias directas de la contienda en la población, con un 40% de bajas psiquiátricas que requerían una atención novedosa y con recursos eficaces. Como consecuencia indirecta, se produjo un cambio de valores hacia una sociedad más democrática y solidaria. Los gobiernos socialdemócratas llegaron al poder y ampliaron los sistemas de seguridad social incorporando ya la enfermedad mental como parte de su cometido.

Se produjo además un hito histórico trascendente para la consideración jurídica de los derechos de los enfermos mentales, la Declaración del Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950.¹⁹ En el terreno de la atención a los enfermos mentales, la OMS,

¹⁹ Consejo de Europa (1950). Convención Europea de Derechos Humanos. También conocido como: Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, entró en vigor en 1953. Tiene por objeto proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas sometidas a la jurisdicción de los Estados miembros, y permite un control judicial del respeto de dichos derechos individuales. Se inspira

y la propia Organización de Naciones Unidas, orientan a que se abandone el concepto manicomial y se trabaje para la integración de los pacientes en la comunidad. Un informe del Comité de Expertos de Salud Mental de la OMS (1961) señala que:

«...el aumento del número de camas en los hospitales psiquiátricos no puede considerarse como un índice de mejoramiento de los servicios” y que, “los nuevos conceptos relativos a la organización de los servicios psiquiátricos, tienden a demostrar que, en muchos casos, el tratamiento ambulatorio puede evitar la hospitalización”, (OMS. 1961).

El citado informe también subrayaba otra importante conclusión:

«En la medida de lo posible, los enfermos mentales deberán ser tratados en el seno de la colectividad a que pertenecen y continuar viviendo libres y materialmente independientes en su ámbito normal», (OMS. 1961).

Dentro de los movimientos de derechos civiles de los años 60 y 70, se desarrolló la llamada antipsiquiatría, surge en Inglaterra como movimiento de activismo social, teniendo como iniciadores a Thomas Sasz (1920-2012) con la obra *“El mito de la enfermedad mental”* (1961), Ronald D. Laing (1927-1989), con *“El yo dividido”* (1960), David G. Cooper (1931), autor de *“Psiquiatría y antipsiquiatría”* (1967) y *“La muerte de la familia”* (1971). Este movimiento cuestionó a la familia y al estado, así como las prácticas psiquiátricas convencionales, convirtiendo a la enfermedad mental en un mito, un rótulo arbitrario, etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas que molestan en la sociedad, considerando a la psiquiatría un instrumento más del poder opresivo. En Italia, Franco Basaglia (1924-1980), con el movimiento “Psichiatria Democratica”, tuvo una gran influencia como representante de este movimiento en Europa así como en el impulso de la reforma psiquiátrica en España, (Vallejo Ruiloba, 2012, 15-16).

La corriente antipsiquiátrica será tratada con mayor profundidad en el apartado 2.3.2.1 página 145, al ser considerada uno de los detonantes para la movilización social que obligará a los gobiernos a tomar posturas transformadoras de la asistencia.

Lo importante, sin duda, fue la modificación de la actitud de los gobiernos hacia la necesidad de un cambio en la asistencia. Gran Bretaña modificó su legislación de salud mental en 1959, cuyos principios se fundaron en que nadie debía ser admitido en un hospital si el tratamiento en la comunidad podía ser más apropiado. Debía evitarse al máximo posible la involuntariedad.²⁰

La Administración Kennedy en Estados Unidos, presentó un proyecto a la Cámara de los Representantes en 1963 denominado “Community Mental Health Centers Act” en el que se proponía el establecimiento de un sistema nacional de centros de salud mental,

expresamente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

²⁰ Véase página 159

cada uno de los cuales actuaría como punto de apoyo de un amplio programa comunitario.²¹

El 15 de marzo de 1960, el Ministerio de Salud Pública francés publicó una circular nº 340 relativa al programa de organización y equipamiento de los departamentos en materia de lucha contra las enfermedades mentales. Se reconoce la necesidad de transformar los establecimientos psiquiátricos, organizar la asistencia a través de sectores territoriales atendidos por equipos completos y una ampliación de los dispositivos sanitarios. El hospital psiquiátrico pasa a ser una etapa del tratamiento.²²

En Italia, la reforma parte de Franco Basaglia, que realizó una transformación asistencial, inicialmente en Gorizia en los años 60 y, posteriormente, en la región de Trieste. Como resultado de estas experiencias, se originó un movimiento con un marcado signo político denominado “psiquiatría democrática” ligado al partido comunista italiano. Este movimiento consiguió forzar al gobierno a introducir, en 1978, la Ley 180, cuyos principios se recogieron en la posterior Ley del Servicio Sanitario Nacional de 1978. Los efectos de la citada ley se centraron en la eliminación de la peligrosidad como criterio de ingreso, y su sustitución por criterios exclusivamente terapéuticos, la eliminación de los hospitales psiquiátricos tradicionales (con un período transitorio), su sustitución por unidades psiquiátricas en los hospitales generales y la eliminación de las hospitalizaciones prolongadas.²³

En la República Federal Alemana, en 1972, el Bundestag mandó elaborar una encuesta estatal para analizar la situación de la psiquiatría que dio lugar a la creación de una Comisión de Expertos. En 1975 se editaron unas directrices, que desarrollaron un programa modelo (1981-1986), con el objetivo de comprobar el funcionamiento de los servicios sociales psiquiátricos. El resultado de todo ello fue la reforma psiquiátrica de 1988 con el convencimiento y recomendaciones de reforma para desarrollar una política de psiquiatría cercana, más próxima al ciudadano.

En todos estos países convergen los principios comunitarios de la atención la salud mental, lo que necesariamente pasa por una reforma psiquiátrica estructural. El tratamiento debe ser accesible y en el entorno más próximo del enfermo y atender los aspectos sanitarios como sociales, limitando los internamientos de larga duración. Solo cuando esto sea necesario, la atención debe enfocarse a la rehabilitación y pronta reinserción. La atención a la enfermedad mental debe estar incluida en los servicios sanitarios generales al mismo nivel que otras enfermedades somáticas. La asistencia se determina en función de las necesidades que presenta el paciente, con el objetivo de potenciar su autonomía y el mantenimiento en la comunidad. Los profesionales que se ocupan de la asistencia se articulan en equipos multiprofesionales basados en la cooperación y la coordinación con otros servicios de la comunidad.

²¹ Véase página 154

²² Véase página 157

²³ Véase página 162

El nuevo modelo de asistencia a la enfermedad mental propugnado por la corriente antipsiquiátrica, la amplia concienciación social y los cambios legislativos consiguientes, dieron lugar al proceso denominado de desinstitucionalización psiquiátrica, proceso que se facilita en gran medida con los descubrimientos de fármacos realmente eficaces para el tratamiento de la enfermedad mental, aunque como señalan Knapp et al. (2007, 25-26) en algunos países en la década de los 40 (antes del descubrimiento de los antipsicóticos en 1954), ya avanzaban en el proceso de la desinstitucionalización, fruto de un desarrollo de la psiquiatría social y comunitaria.

De cualquier modo la aparición de los psicofármacos se considera la mayor revolución en el campo de la psiquiatría (Porter, 2003, Kaplan, 1994, Vallejo, 2012). El descubrimiento de la clorpromazina por dos anestesiólogos franceses, Henri Laborit y Huguenard en 1950, nos introducen en la era de los psicofármacos. Estos doctores observaron las propiedades psíquicas del compuesto demostrando su eficacia en el control de los denominados síntomas positivos de la esquizofrenia y otras psicosis. Con la primera generación de antipsicóticos se comienza a comprender los procesos neurobiológicos que acompañan a los trastornos psicóticos. Los psiquiatras franceses, Jean Delay y Pierre Deniker, probaron el fármaco en pacientes esquizofrénicos e informaron de su éxito en 1952. Así demostraron las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina, lo que significó el primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia.

A partir de la década de 1960, la generalización de la utilización de los psicofármacos, junto a la difusión de las ideas transformadoras de la asistencia psiquiátrica, dieron lugar a un nuevo modelo de atención denominado Salud Mental Comunitaria, proceso que produce un rápido descenso en el número de camas psiquiátricas, (Huertas, 2001).

La reforma psiquiátrica presupone el traslado de los pacientes institucionalizados en los grandes manicomios a la comunidad. Esto es la desinstitucionalización, concepto que significa: deshospitalizar, sustituir los Hospitales Psiquiátricos por redes complejas de servicios comunitarios y conseguir que los enfermos vivan ciudadanos de pleno derecho, (López, Laviana y García-Cubillana, 2006, 267-268).

La atención Comunitaria a la Salud Mental fundamentalmente apuesta por la atención al enfermo mental en la comunidad. Diversifica las posibilidades de atención en diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, Unidades de Salud Mental, recursos de rehabilitación...). Abarca el tratamiento del trastorno (psicofarmacológico y psicoterapéutico), la rehabilitación de las discapacidades, la provisión de cuidados de enfermería, la prevención y promoción de la salud mental y del apoyo sociocomunitario. Se realiza por equipos multiprofesionales (en los que enfermería es un miembro de pleno derecho) lo que posibilita una atención integral desde todos los ámbitos que afectan a la salud (biológico, psicológico y social).

Un análisis detallado del modelo comunitario de atención a la salud mental se desarrolla en el capítulo III, apartado 3.2.3, página 225. Este modelo transforma completa-

mente el sistema asistencial, basándose en el concepto holístico de la salud mental, en el que la salud y la enfermedad se muestran en un continuum salud – enfermedad como proceso.

El proceso de enfermar se considera ahora de origen multifactorial integrando elementos de origen ambiental, familiar, psicosocial y psicológico. Todos estos factores tienen un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

La atención a los enfermos mentales se hace muy compleja. Requiere intervenciones de tipo biológico, psicológico como social, desde diferentes instancias tanto sanitarias como sociales, educativas, judiciales y ante todo manteniendo en lo posible a los pacientes en su comunidad. Además de la diversificación de servicios adecuados a cada periodo de la enfermedad, los profesionales deberán adquirir una formación específica en este campo sanitario, de esta complejidad surge la necesidad de la especialización de los profesionales.

Tradicionalmente los profesionales que atendían al enfermo mental eran médicos psiquiatras (definidos como especialistas de la medicina en el siglo XIX, llamados entonces alienistas y consolidándose a principios del siglo XX ya como psiquiatras) y personal de enfermería (entre los que se incluyen cuidadores, practicantes y enfermeras). Desde mediados del siglo XX se van incorporando muy lentamente psicólogos y trabajadores sociales. Pero el desempeño laboral dentro de los hospitales psiquiátricos limitaba notablemente el campo de acción. No es hasta que se inicia el proceso de desinstitucionalización y se implanta el modelo comunitario, cuando las exigencias formativas especializadas se hacen perentorias. Es en este contexto en el que aparece la especialidad de la psicología clínica y la enfermería especialista de salud mental.

No podemos terminar este recorrido histórico sobre concepto de enfermedad mental y asistencia que se le presta a lo largo de la historia, sin hacer constar que la comprensión de la locura todavía hoy está muy lejos de ser completa. Prueba de ello es la trayectoria que desde el ámbito de la psiquiatría se sigue a la hora de clasificar las enfermedades mentales. Son clasificaciones que surgen en el ámbito médico pero que impregnan toda la asistencia.

Como ya vimos, en la década de los 70, el campo de la salud mental estaba dividido en una babel de escuelas y clasificaciones que representan las distintas corrientes de pensamientos y práctica asistencial (psicodinámico, organicista, sistémico...), regidas por criterios conflictivos y dogmáticos, un ejemplo de esto lo explica Rendueles (2009):

«...la psiquiatría se articulaba en escuelas nacionales que permitían que en Francia existan unos trastornos delirantes llamados Bouffes no reconocidos en ningún otro lugar o en Inglaterra se trataban depresiones neuróticas no aceptadas por el resto de la comunidad científica, repitiéndose la historia en EEUU con las esquizoneurosis», (Rendueles, 2009,4).

Por su lado el movimiento antipsiquiátrico con sus teorías sobre el origen social de la enfermedad mental y el papel de las instituciones de reclusión en la cronificación, había despertado dudas sobre todo el cuerpo teórico del diagnóstico psiquiátrico de la nosografía del momento. A estas dudas se une la publicación en 1973 del artículo “*Sanos en lugares insanos*”²⁴ en la prestigiosa revista *Nature*. Este artículo describe un experimento desarrollado en la Universidad de Stanford en el que Rosenhan y sus colaboradores se hicieron pasar por enfermos mentales para ser hospitalizados, mostrando la incapacidad de la psiquiatría para detectar simuladores de la enfermedad mental. La comunidad científica en este contexto planteó dificultades para aceptar la psiquiatría como una práctica médica normalizada. Este desprestigio teórico debió tener consecuencias como nos señala Rendueles (2009):

«...el horror gremial de los psiquiatras norteamericanos al contemplar como sus consultas pueden no ser reconocidas como necesidades médicas por las poderosas aseguradoras, ante la poca fiabilidad de sus diagnósticos. [...] Contra esta catástrofe profesional ((las vocaciones psiquiátricas descienden geoméricamente en esos años) la APA organiza un movimiento importante de reagrupación de la psiquiatría tradicional-neo Krepelinianos, jóvenes turcos - que logran imponer una clasificación-la DSM III- autocalificada de atórica y pragmática que impone un lenguaje fiable y logra quebrar las viejas clasificaciones nacionales», (Rendueles, 2009, 4).

Así es como la psiquiatría se planteó resolver la diversidad de paradigmas que dificultaba el entendimiento, el avance científico y la credibilidad de la comunidad científica en su campo. La Asociación de psiquiatras americanos (APA) y seguidamente la OMS oficializaron sistemas clasificatorios internacionales, con validez científica y legal reconocida. Se abandonan las clasificaciones de carácter sindrómico adoptando un sistema puramente sintomático.

Con estos criterios la OMS, publicó en 1948 el Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, Traumatismos y Causas de Defunción (CIE), y el Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana, publicó en 1952 la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM).

Actualmente coexisten estas dos grandes nosologías: el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM (elaborado por la comunidad científica americana) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados, CIE (desarrollado en Europa). Estos sistemas clasificatorios se han revisado y modificado periódicamente: el DSM está en su quinta edición y la CIE en la décima.

Ante la gran diversidad de prácticas en psiquiatría el DSM pretende crear unos criterios diagnósticos unificados y un lenguaje común, que permita garantizar la validez de estudios longitudinales, meta-análisis y realizar comparaciones epidemiológicas y esta-

²⁴ Rosenhan (1973). Siendo Sano en lugares Insanos. Disponible en: <https://psiquiatrianet.wordpress.com/2010/01/19/capitulo-sobre-on-being-sane-on-insane-places-siendo-sano-en-lugares-insanos-de-roshan/>

dísticas nacionales e internacionales. El DSM se declara ateórico, ajeno a cualquier escuela o corriente, busca organizar los fenómenos psicopatológicos que se observan en la práctica asistencial, clasificando las entidades nosológicas según unos síntomas consensuados. Así los trastornos mentales se delimitan por una sucesión de síntomas, basados en fenómenos estadísticos que nada tienen que decir sobre la etiología, el tratamiento o el pronóstico.

Este sistema clasificatorio es el que se ha impuesto en la clínica diaria y como decíamos antes, es revisado periódicamente apareciendo o desapareciendo categorías nosológicas, siempre en aras del consenso.

Pero lejos de este pretendido consenso, la realidad ha sido muy diferente, y a pesar de compartir el mismo glosario diagnóstico, diversos estudios *“demuestran que ni en los diferentes países ni los diferentes clínicos coinciden en el diagnóstico de un mismo paciente, parece que hay bastante margen para la subjetividad y para los juicios preconcebidos, dependientes de la formación o escuela desde la que se trabaje”*, (Mellor Marsá y Aragona, 2009, 217).

En este sentido Kupfer, First y Regier (2002) reconocen que:

«En los más de 30 años desde la introducción de los criterios de Feighner por Robins y Guze, que eventualmente condujo al DSM-III, el objetivo de la validación de estos síndromes y el descubrimiento de etiologías comunes ha seguido siendo difícil de alcanzar. A pesar de los muchos candidatos propuestos, ningún marcador de laboratorio ha demostrado ser específico en la identificación de ninguno de los síndromes definidos del DSM. Estudios epidemiológicos y clínicos han mostrado índices extremadamente altos de comorbilidad entre los trastornos, socavando la hipótesis de que los síndromes representan diferentes etiologías. Además, estudios epidemiológicos han demostrado un alto grado de inestabilidad diagnóstica a corto plazo para muchos trastornos. Con respecto al tratamiento, la falta de especificidad es la regla más que la excepción».²⁵

De modo que a pesar de que el DSM sigue siendo el sistema de clasificación más utilizado en la investigación internacional, no ha servido para unificar criterios. Lejos de romper con las clásicas discrepancias entre escuelas se han acentuado los posicionamientos antagónicos y enfrentados.

Como consecuencia de estas críticas la última y reciente edición del DSM, el DSM V (2013), intentó introducir cambios importantes con la intención de mitigar las limitaciones del anterior. El cambio fundamental pretendió pasar de un sistema clasificatorio de las entidades clínicas en categorías a otro dimensional. Esto significa introducir un sistema en el que los síntomas sean considerados como niveles de intensidad, más o menos funcionales, presentes en todas las personas, que podrían situarse a lo largo de un continuo. De modo que el diagnóstico dimensional se opone a una visión de los trastornos mentales como entidades biomédicas concretas, de naturaleza diferente entre ellas.

²⁵ Kupfer DJ. First MB. y Regier DA. (2002). Introduction. En Kupfer DJ. First MB. Regier DA. (Eds.). A Research Agenda for DSM-V. Washington D. C., American Psychiatric Association, pp. 15-23. Citado por Mellor Marsá B. y Aragona M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009, Vol. 29, nº 103, pp. 217-228, 218

Según Mellor y Aragona (2009, 219), la posibilidad de llegar a un diagnóstico bajo los criterios dimensionales supondría un avance e importantes ventajas: (a) Permite interpretar la psicopatología y la normalidad como extremos de un continuo y no como fenómenos separados. (b) Genera una pérdida mínima de información; pueden realizarse combinaciones de los diferentes atributos en representaciones multifactoriales, utilizando pruebas estadísticas, como por ejemplo, análisis factoriales o escalamientos multidimensionales. (c) Aporta más información clínica porque registran atributos que podrían estar debajo del umbral en un sistema categorial. (d) Permite detectar con más facilidad los cambios experimentados por los sujetos, bien sean espontáneos, bien como resultado de un tratamiento. (e) Al clasificar los cuadros clínicos en base a la cuantificación de atributos en lugar de asignarlos a categorías, permiten describir mejor los fenómenos continuos y que no tienen límites claros. Igualmente, facilitan la asignación de los casos atípicos. (f) Son más aplicables desde el ámbito de la normalidad, (Meller y Aragona, 2009, 219-225).

Pero, como describe Marina (2014), finalmente el DSM V que sale a la luz en 2013, no cumple estas expectativas y mantiene una estructura categorial ya que los datos disponibles no fueron suficientes para estructurarlo en términos dimensionales, destacando que lejos de resolver las limitaciones inherentes a la clasificación, mantiene uno de los mayores perjuicios que la extensión de su uso ha generado:

«...unos trastornos definidos por consenso son confundidos con enfermedades concretas [...] es necesario recordar que todos los procedimientos y escalas diseñados para diagnosticar estos trastornos no detectan enfermedades, sino la presencia de los criterios que las definen según la nosografía de referencia, [...] seguimos estando muy lejos de conocer cómo se articulan mente y biología para constituir lo que denominamos enfermedad mental», (Marina González, 2014, 41).

Otra crítica a esta nosografía la ofrece Allen Frances (2011). (Jefe de Grupo de Tareas del DSM-IV) en su artículo “*Abriendo la caja de pandora las 19 peores sugerencias del DSM-V*” (2011), en ella destaca que el nuevo sistema clasificatorio del DSM-V promueve la posibilidad incrementar dramáticamente las tasas de trastornos mentales. Y esto aparece de dos maneras:

«Nuevos diagnósticos que podrían ser extremadamente comunes en la población general (especialmente después del marketing de una siempre alerta industria farmacéutica). -Umbral diagnóstico más bajos para muchos desórdenes existentes». (Advierte de que el DSMV) «Podría crear decenas de millones de nuevos mal identificados pacientes “falsos positivos” Habría excesivos tratamientos masivos con medicaciones innecesarias, caras, y a menudo bastante dañinas. El DSM-V aparece promoviendo lo que más hemos temido: la inclusión de muchas variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de “trastorno mental” resulta enormemente indeterminado», (Allen Frances, 2011, 1).

Como vemos, con todo y a pesar de los notables avances de los últimos años en el campo de la neurobiología funcional y estructural del cerebro, junto al interés por sustentar el diagnóstico y tratamiento en marcadores biológicos, lo cierto es que no existe una teoría sólida ni unitaria con capacidad para explicar todos los fenómenos que ro-

dean la enfermedad mental. No existe un paradigma. Los psiquiatras tienen que seguir con su nosología descriptiva y apoyada en criterios estadísticos, es decir en consensos.

Otro aspecto conflictivo y también vinculado con las particularidades de la enfermedad mental, como fenómeno de gran complejidad en el que intervienen factores múltiples y de muy difícil control, es el traslado al campo de la salud mental de los principios y prácticas de la medicina basada en la evidencia.

La medicina basada en la evidencia parte de la aceptación generalizada de la necesidad de una racionalización de las intervenciones (de los procesos diagnósticos y terapéuticos). Se basa en el estudio de las investigaciones previas que hayan mostrado pruebas de eficacia y calidad con el objetivo de que sus resultados sean el sustento primordial de las prácticas profesionales en el campo sanitario, y del mismo modo ser una guía que bajo parámetros científicos oriente la actividad clínica y disminuya la variabilidad en resultados. Siguiendo a Desviat (2003):

«La medicina basada en la evidencia se presenta como un nuevo paradigma que pretende la superación de las incertidumbres en la clínica, la gestión y la planificación, defiende que toda decisión debe fundamentarse en pruebas científicas demostradas, en un intento de llevar unas técnicas y una metodología de investigación (la revisión sistemática de varios ensayos clínicos aleatorizados o metanálisis) a rango de “patrón oro” para decidir o juzgar un tratamiento, como defiende Sackett en 1992 en el artículo fundacional de la medicina basada en la evidencia. Pretendiendo una revolución que dé cuenta de toda la realidad de la práctica psiquiátrica», (Desviat, 2003, 408).

El traslado a la práctica de estas nuevas herramientas salud mental también es cuestionado. En esta línea, Menéndez Osorio (2012, 554), recoge de Berrios una crítica a la medicina basada en la evidencia:

«Es una parodia epistemológica que se pida a los psiquiatras que acepten la medicina basada en la evidencia sin más evidencias que el chantaje moral creado por aquellos que afirman que las matemáticas son la forma más elevada de ciencia y por lo tanto que lo que es matemáticamente demostrable supera todo lo demás. [...] Nunca se ha diseñado un ensayo a gran escala que demuestre que prescribir y tomar decisiones basadas en la medicina basada en la evidencia, sea significativamente mejor que la toma de decisiones basada en el conocimiento y en la experiencia de los médicos. Y con respecto a las guías clínicas, dichas guías en la práctica, destruirían la espontaneidad terapéutica de la psiquiatría y cambiarían el antiguo arte de prescribir, que pasaría de ser creativo y flexible a mecánico y uniformado. [...] Y en medio de esta locura, donde todo el mundo quiere hacer negocio, la vieja relación médico-paciente y el paciente que sufre, han desaparecido para siempre. Eso es lo que realmente no está bien en la medicina basada en la evidencia», (Berrios, 2010).²⁶

Así y como conclusión, hemos visto que las teorías ambientalistas de mediados de siglo, el psicoanálisis, el conductismo o la antipsiquiatría se desprestigiaron en la última

²⁶ Berrios G. (2010). Sobre la medicina basado en la evidencia. Citado por: Menéndez Osorio F. (2012). La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual. De la biografía a la biología. De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos. ¿Qué es la evidencia en salud mental? Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012, Vol. 32, nº 115, p. 554. Artículo completo disponible en: <http://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/opinion/articulos-de-opinion/64-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia/file>

década del siglo XX, imponiéndose el modelo biomédico, apoyado en la preminencia de los criterios diagnósticos categoriales y en los importantes avances que han experimentado la genética y las neurociencias y especialmente el campo de la psicofarmacología.

A pesar de la dificultades que se mantienen para defender científicamente el origen orgánico de muchas enfermedades mentales, el paradigma predominante en la psiquiatría actual es el modelo médico anatómico-clínico, que la enfermedad mental a factores biogenéticos o cambios físicos y/o químicos que producen alteraciones cerebrales y consecuentemente conductas anómalas. Según esta concepción biologicista de la enfermedad mental, el ambiente sería un mero desencadenante. En consecuencia, la experiencia mental subjetiva se considera un epifenómeno cerebral (fenómeno accesorio derivado de la fisiología cerebral) de poca importancia para el estudio científico.

Pero también es cierto que a pesar de ser el modelo oficial, el que se enseña a los profesionales en su formación académica, las voces críticas y otros modos de hacer no son escasos, desde posiciones que consideran el modelo biologicista reduccionista e incapaz de dar respuesta a la complejidad humana, biológica, psicológica y social. Importantes sectores profesionales se cuestionan los modelos que priman los aspectos biomédicos. Argumentan que pretenden describir los procesos mentales según el modelo de la medicina interna: etiología, patogenia, anatomía patológica, sintomatología curso y evolución, lo que *“pese a las partidas millonarias que se han destinado a la búsqueda de alteraciones genéticas y cerebrales responsables de los trastornos mentales, no es posible citar una alteración biológica o genética específica para ningún trastorno mental, la idea de que sería posible detectar marcadores biogenéticos a partir de muestras suficientemente amplias de pacientes, ignorando su interacción con el ambiente, ha fracasado”*, (Barrantes Vidal, 2011, 39).

Esta corriente considera que la práctica terapéutica centrada en el campo puramente biológico y la gran inversión en investigación en el campo de la farmaindustria, tiene como consecuencia la aparición continuada de nuevos fármacos. Y que la atención a la salud mental se decanta claramente hacia la cultura del fármaco devaluando el factor humano y la labor de los profesionales, quedando la práctica de la psiquiatría en una mera consulta expendedora de medicamentos. Pese a las críticas internas desde la propia psiquiatría, la inclinación biologicista produce efectos tanto científicos como asistenciales. Importantes proyectos de investigación científica, insatisfechos con los resultados de las investigaciones anatómico-clínicas, dirigen su atención al estudio de factores que pueden estar vinculados con el enfermar mental, con este objetivo se inclinan por estudiar cerebros contextualizados. Es decir atendiendo a su biografía, relaciones y cultura, al considerar la importancia de la experiencia adaptativa en el desarrollo del propio cerebro.²⁷

²⁷ En este sentido es interesante el concepto: Medicina basada en la experiencia, defendido por Sarraceno 2010 en: Entrevista a Benedetto Sarraceno. Revista Atopos. Disponible en: http://www.atopos.es/pdf_11/73-83_Entrevista%20a%20Benedetto%20Saraceno.pdf

En esta misma línea estudios epidemiológicos están demostrado categóricamente la importancia de factores de riesgo psicosocial (pobreza, discriminación, aislamiento...), traumas (maltrato infantil), guerra, disfuncionalidad parental en el desarrollo de la enfermedad mental. Paralelamente se empieza a investigar la interacción entre el genoma y el ambiente, pretendiendo mostrar como el entorno psicosocial esculpe y modifica el cerebro y como el medio regula la expresión de los genes, (Barrantes Vidal, 2011, 39).

Al estudio de estos factores se le denomina epigenética, análisis que permite relacionar los rasgos del ambiente con el genoma. La epigenética determina qué aspectos ambientales o experienciales influyen en que algunos genes se expresen o no lo hagan, rompiendo así con el clásico postulado del determinismo genético.

A tenor de los descubrimientos en relación a la plasticidad del Sistema Nervioso Central, se ha mostrado como la influencia de factores educacionales, sociales, y en general vivenciales van a configurar la personalidad así como el riesgo de padecer enfermedades mentales o que estas tengan mejor o peor pronóstico. Para Ansetmet y Magistretti (2006):

«Hoy sabemos cómo se inscribe la experiencia en el sistema neuronal y dicha inscripción determina el sujeto, debemos aceptar que entre la genética y el ambiente interviene la plasticidad neuronal, una determinación constituida por las vivencias singulares que vienen a inscribirse en una red que se configura constantemente», (Ansetmet y Magistretti, 2006).²⁸

Estos avances científicos, lejos todavía de ofrecer ninguna certeza sobre el funcionamiento mental, sí que ilusoriamente plantean una posibilidad de algún acercamiento de las diferentes corrientes y escuelas (ambientalistas, subjetivistas, biologicistas, conductistas...) que ofrezca el salto cualitativo necesario para romper con la clásica disquisición entre supuestas posturas opuestas e irreconciliables. Digo ilusión porque seguramente posibilitará un nuevo marco conceptual que proporcione a los pacientes una ayuda basada en la comprensión integral del funcionamiento de la mente humana.

En lo asistencial también tiene efectos en la medida que los equipos multiprofesionales incorporan diferentes disciplinas y si una de ellas focaliza su atención en un aspecto (la farmacología). Las otras disciplinas buscan demarcar también su campo de acción, parcelando la asistencia por profesionales y desde luego lejos del concepto de equipo interdisciplinar, como luego veremos.

Para terminar con este recorrido de cómo se ha entendido la enfermedad mental a lo largo de la historia de la humanidad podemos concluir que los datos históricos expuestos resultan relevantes para avalar una de las reflexiones fundamentales en la que se apoyan tanto los presupuestos como las conclusiones de la tesis: la de que a lo largo de los siglos y casi hasta nuestros días, la respuesta dada a la enfermedad mental ha fluc-

²⁸Ansetmet F, Magistretti P. (2006). A cada cual su cerebro: plasticidad neuronal e inconsciente. Madrid, Katz. Citado por García de Frutos H. (2011). Neurociencias y psicoanálisis: consideraciones epistemológicas para una dialéctica posible sobre la subjetividad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011, Vol. 31, nº 112, p.672

tuado en función de dos variables destacables, la ideología dominante y las circunstancias económicas. Y ello por encima de las características propias de lo que se haya considerado trastorno mental en cada momento histórico y sus posibles causas.

2.2 La enfermería como profesión

2.2.1 Aproximación a la sociología de las profesiones

Sin duda la enfermería es una profesión con un desarrollo reciente vertiginoso, que en los últimos 30 años ha pasado de ser una mera ocupación con un gran componente vocacional —una ocupación “paramédica” según Freidson (1978),²⁹ o una “semiprofesión” según Etzioni (1969)³⁰—, a una profesión “con todas las de la ley”, o una profesión en vías de consolidación, disyuntiva sobre la que trataremos de avanzar en este estudio.

Analizar la configuración de la enfermería como profesión nos remite al ámbito de la sociología de las profesiones. Ámbito teórico de gran complejidad y amplitud, por lo que, dada la especificidad del tema que nos ocupa, lo primero que conviene es delimitar los aspectos en los que nos debemos de centrar y su extensión comprensiva. Un esquema orientativo de los niveles y los posibles ámbitos de estudio en los que deberemos de desplegar nuestra reflexión, lo expresa el siguiente diagrama:

Gráfico 2: Diagrama profesional



Fuente: Elaboración propia

29 Freidson E. (1978). La profesión médica. Barcelona, Península.

30 Etzioni A. (ed.) (1969): The Semiprofessions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers, Nueva York, Free Press.

En lo que afecta a nuestros objetivos, aquí analizaremos el modo con el que la enfermería de salud mental se ha ido configurando como especialidad de la enfermería en general. A cuyo propósito, la primera acotación que nos sugiere su estudio la configuran los aportes teóricos generales. Se trata de hacer un análisis de la teoría elaborada desde la sociología de las profesiones, para recoger las aportaciones que las diferentes corrientes y escuelas hacen acerca de cómo estudiar el proceso de profesionalización. Y de este modo encontrar instrumentos teóricos para aplicarlos al análisis de la enfermería en su propio proceso, así como para dilucidar cómo surge la necesidad de la especialización en el ámbito de las ciencias de la salud e identificar la función que la justifica y, por tanto, se pretende que cumpla.

El estudio de las profesiones es una rama joven de la sociología que evoluciona rápidamente desde sus inicios. Su avance se produce ante la necesaria adaptación a los cambios sociales que contribuyen a modificar la función social que los trabajadores cumplen como tales. Como es sabido, el capitalismo produce grandes transformaciones en el sistema de mercado creando la necesidad de profesionales competentes que cubran una demanda social. Lo que supone la necesidad de canalizar la capacitación y la actividad de los correspondientes ciudadanos hacia la producción de bienes y servicios con valor de mercado socialmente reconocido que determina su demanda, confluyendo hacia la configuración de las diferentes profesiones.

Tal suerte de proceso requiere como condición inicial la estandarización de unos conocimientos que garanticen una conexión entre la demanda y el servicio que se oferta. De modo que la formación pasa a poseer un valor central en el proceso, exigiendo la regulación de una educación formal que acredite socialmente que la posesión de los conocimientos y pericia necesaria para un adecuado ejercicio profesional. Pero la formación, por muy especializada y completa que sea, no es capaz por sí misma de formalizar la configuración de una profesión, requiriendo de otros factores e instancias. El estudio de este proceso pertenece a la sociología de las profesiones.

La teoría clásica de esta rama del conocimiento nos habla de tres enfoques: funcionalismo, interaccionismo y neoweberianismo. Sintetizaremos los principios de cada uno de ellos para observar cómo sus aportaciones, lejos de ser excluyentes, aportan una visión más completa y acorde con las actuales tendencias de la sociología de las profesiones desde la teoría de la complejidad. Para después de ello, pasar a analizar los conceptos desarrollados en su posible aplicación a la evolución de la profesión enfermera en nuestro ámbito especializado.

La tradición funcionalista representada por Durkheim, Carr-Saunders, Wilson, Parsons y Wilensky busca identificar las funciones que cumplen las profesiones en la sociedad. En este sentido, las profesiones constituyen mediaciones entre las necesidades individuales y las necesidades funcionales y contribuyen, por tanto, a la regulación y al control que posibilita el buen funcionamiento de la sociedad. En la elaboración teórica de esta corriente aparecen deferentes teorías en las que prima la definición del concepto

de profesión y el interés por identificar las características que las distinguen de las ocupaciones.

En la obra *“The Professions”* del sociólogo Carr-Saunders y del historiador Wilson (1933), hacen el primer intento de estudiar las características centrales de las profesiones. Para ello dos grupos profesionales tradicionales (médicos y jueces), son consideradas las primeras profesiones liberales, profesiones que cubren funciones sociales vitales, con requerimientos intelectuales y organizadas de forma autónoma. Y que por su consistencia proporcionan la referencia para analizar el resto de ocupaciones sirviendo de modelo tipo ideal para definir lo que es una profesión y, de este modo, el proceso de profesionalismo.

El profesionalismo es definido desde estos autores, como un modelo de regulación económicamente eficaz y moralmente deseable: *“las profesiones implican una técnica intelectual especializada, adquirida a través de una formación prolongada y formalizada que permite rendir un servicio eficaz a la comunidad, y así asegurar la responsabilidad y su reconocimiento por el público, son grupos sociales singulares; es decir, comunidades autónomas y homogéneas, cuyos miembros se cohesionan a través de una identidad”*, (Parsons, 1979).³¹

A Parsons le interesa demostrar que las profesiones constituyen un segmento particular en la cima de la jerarquía social, una elite de trabajadores dotados de competencias elevadas, de una fuerte autonomía para ejercer sus actividades, ya sea como independientes o en el seno de una organización. Para ello recurren a un conjunto de mecanismos de control y reglas que puedan garantizar el contenido formativo, el valor de las competencias que consideran propias, la transmisión del conocimiento, las remuneraciones, el prestigio social y el rigor ético de su puesta en práctica. (Parsons, 1967). El mecanismo de control se basa en el supuesto monopolio de conocimiento que se consigue organizando el ejercicio profesional alrededor de un cuerpo de saber abstracto que suministra la legitimación científica para la autonomía, la autoridad, y el poder profesionales. Una hipótesis fundamental es que cuanto más tácito y esotérico sea el conocimiento que sirve de base para el ejercicio profesional, más contribuye a la legitimación del profesional, pues resulta más difícil de entender para el profano. (Wilensky, 1964) (Larson, 1977).³²

En 1964 Harold Wilensky publicó el artículo *“The professionalization of Everyone, American Journal of Sociology”*,³³ en el que avanza sobre las características básicas que

³¹ Parsons T. (1979). Las profesiones liberales. Enciclopedia Internacional de la Ciencias Sociales. Madrid: Aguilar. Citado por: Gómez-Bustamante (2012). La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. Aquichan. Año 12. Vol. 12 N° 1. Chía, Colombia, Abril 2012, p. 42-52

³² Citados por Guillén (1990). Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. Reis, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Vol.51, n° 90, p. 35-51

³³ Wilensky H. (1964). The professionalization of everyone? American Journal of Sociology, n° 70, p. 137-158. Citado por: Panaia M. (2008). Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), p. 15

distinguen en el mercado los conceptos de profesión y de ocupación. La primera es el carácter técnico de la tarea del profesional, ya que la misma se basa en un cuerpo de conocimiento sistemático, adquirido a través de una formación universitaria. Este conocimiento es transmitido por profesionales que "hablan el mismo lenguaje" y por lo tanto pertenecen a la profesión. La segunda característica tiene relación con las normas y reglas profesionales que le orientan para ejecutar su tarea. En otros términos, esta tarea y/o actividad representa un conjunto de actos sistemáticos y continuos, que obedecen a una cierta lógica técnico-científica.

Para Wilensky una ocupación para que sea reconocida como profesión atraviesa una secuencia regular; es decir, cuando supera las cinco etapas del proceso de profesionalización una actividad pasa a ser considerada profesión. Estas etapas son las siguientes, como recogen Machado (1991, 30) y Panaia (2008, 15):

1º-Se ha acotado un campo de actividad (unos problemas determinados) sobre la que los miembros que la ejercen tienen una dedicación exclusiva. Esto ocurre dada una necesidad social y el surgimiento y ampliación del mercado de trabajo específico.

2º Establecimiento de procedimientos de instrucción, generalmente en la universidad y un proceso de selección mediante unas claras vías de acceso. Se crea, de esta manera, un cuerpo esotérico de conocimiento específico de la materia y se estandariza su práctica.

3º-La tercera fase se establece con la constitución de una asociación profesional, asociación que pretende instituir modelos y normas internas y al mismo tiempo proteger sus intereses, presionando para conseguir una legislación favorable y demarcar las relaciones con otros grupos, especialmente de las profesiones fronterizas o en situación de competencia.

4º- En una cuarta fase se realizan movimientos con objeto de obtener reconocimiento legal y apoyo público para controlar en régimen de monopolio el acceso y ejercicio de la actividad profesional.

5º- Finalmente la profesión se dota de un código deontológico, consolidando así el ideal profesional basado en la idea de servicio, bajo una competencia fundamentada en unos conocimientos precisos y en la autonomía sobre ese campo de acción social.

Desde esta perspectiva, el profesionalismo significa una sucesión de etapas marcadas por cambios en la estructura formal de una ocupación en la medida en que aspira a adquirir un estatus profesional. Los autores que pertenecen a esta escuela llamadas evolucionista o etapista son: Greenwood, Barber, Parson, Wilensky y Hall, (Guillén, 1992, 243-259).

Etzioni (1969), aporta un matiz a esta perspectiva al considerar que las profesiones que cumplen todas las características son consideradas como tales y las que no han alcanzado el desarrollo pleno serán consideradas semiprofesiones. Para Etzioni se trata de ocupaciones que requieren una formación más corta, menos autonomía y un estatus

menor. Añade que una de las características propia de las semi profesiones es su burocratización y feminización. Guillén (1990) habla de la enfermería como paradigma de este concepto:

«Etzioni (1969) utiliza el término ‘semiprofesión’ para referirse, entre otras, a profesiones predominantemente femeninas como la enfermería, archivos y bibliotecas y magisterio. Una semiprofesión es una ocupación que no ha completado todos los pasos o estadios del proceso de profesionalización, tal y como lo define Wilensky (1964). Al contrario que ocurre con las profesiones establecidas, la base de conocimiento de los semiprofesionales es restringida, su autonomía es menor, están sujetos a la supervisión de otros miembros de la semiprofesión o de una profesión superior (caso de las enfermeras respecto de los médicos), y sus destrezas técnicas y rasgos de personalidad son compatibles con las estructuras administrativas de las organizaciones complejas. Como consecuencia, el status social y los privilegios son menores que para las profesiones. La enfermería es la semiprofesión mejor estudiada, desde el libro seminal de Nightingale (1970) publicado originalmente en 1859», (Guillén, 1999, 42).

Otros autores de esta corriente, como Wilbert y Moore, consideran que el profesionalismo es algo más que un conjunto de atribuciones o características que una ocupación va adquiriendo hasta que una vez alcanzadas puede ser considerada una profesión. Proponen una definición de profesionalismo como una escala en la que cada profesión ocupara un lugar en cada uno de sus valores. Hall en 1968 construye una escala de actitudes para medir el grado de profesionalidad entre personas de diferente ocupación. Los componentes de esta escala son: 1-Organización profesional de referencia, colegios o asociaciones que promuevan ideas y juzgan el trabajo profesional, 2-Creencia en un servicio público, lo que implica considerar esa función como necesaria para la sociedad, 3-Creencia en la autorregulación y el control de los profesionales por la propia profesión, 4-Sentido de profesión como vocación, dedicación y servicio a la sociedad y 5-Autonomía, que supone libertad para aplicar sus conocimientos sin imposiciones externas, (Real Villarreal, 2002, 29-30).

Para los interaccionistas, en cambio, las profesiones no son entidades corporativas firmes, son procesos sociales, movimientos permanentes de desestructuración y de reestructuración de segmentos profesionales en competencia y frecuente conflicto. El máximo representante de esta corriente es Hughes y posteriormente sus discípulos, Strauss y Tripier. Para estos autores, la actividad profesional debe ser estudiada como un proceso vinculado a una trayectoria en un ciclo vital individual y biográfico y a factores relacionales e interactivos que constituyen una dinámica con el grupo de compañeros de actividad. Así las profesiones representan formas de acción colectiva para delimitar un campo actividad y protegerse de la competencia. Entendido esto como un pacto con la sociedad que determina quién y cómo entrará a formar parte de ese campo profesional, una reglamentación de la práctica y un control del área de especialización. Proceso inscrito en una significación subjetiva, ya que la profesión tiene un gran valor para la vida social y la identidad personal, (Real Villarreal 2002, 30-32).

Los interaccionistas consideran que no existen criterios universales que permitan diferenciar una ocupación de una profesión. Su estudio se centra en las estrategias dife-

renciales de los grupos profesionales en su conquista de seguridad en el empleo, autoridad, altas remuneraciones y prestigio. Y esto dependerá del resultado de sus luchas, de la evolución de la división social del trabajo y de los apoyos legislativos del momento, lo que modifica permanentemente la configuración de las profesiones, (Urteaga, 2008, 179).

Otro concepto interaccionista que interesa para nuestro trabajo es el de segmentación, desarrollado por Strauss y Bucher tomando como ejemplo la profesión médica en EEUU. Para ellos las profesiones están en constante conflicto de intereses y de este modo en reestructuración permanente. Los diferentes segmentos profesionales y/o especialidades buscan su sitio en su intento de diferenciarse y mostrar así su especificidad y eficacia en un determinado campo, lo que genera conflictos de competencias y confrontación al margen de las definiciones oficiales. En este proceso lo que está en juego es la construcción social de una actividad profesional en función de creencias compartidas y un establecimiento de fronteras que se expresa en las dinámicas relacionales y en la organización del trabajo, (Urteaga, 2008, 181).

Las nuevas teorías surgidas en la década de setenta y del ochenta, denominadas neoweberianas o neomarxistas, teorizan sobre las relaciones entre la economía de mercado, el Estado y la dinámica histórica de las profesiones. Desde esta perspectiva el nacimiento de las profesiones toma forma de proyecto que tiene como objetivo el control del mercado de servicios profesionales. De modo que grupos específicos de trabajadores se constituyen como actores colectivos con el objeto de monopolizar un segmento de actividades, un espacio del mercado laboral que debe ser legitimado con diferentes estrategias, (Real Villarreal, 2002, 34-35).

Se cuestionan las justificaciones morales o las motivaciones vocacionales de las profesiones que desde este punto de vista solo dependen del mercado laboral. Los atributos profesionales clásicos ya no son interpretados como componentes de un tipo ideal, sino más bien como instrumentos utilizados por diversas ocupaciones para aumentar su poder con respecto a otros grupos sociales (reforzar su estatus y también sus retribuciones). Se analizan sus actividades en términos políticos, y se destaca la autonomía como el corazón político del profesionalismo, (Rodríguez y Guillén, 1992, 12).

Las aportaciones de Freidson (1970) en esta corriente, permiten analizar cómo las profesiones son organizaciones ocupacionales en las que prosperan ciertos esquemas mentales en virtud de su rol dominante en la sociedad, rol basado en la institucionalización del saber formal (autonomía técnica) y el control último sobre su propio trabajo (autorregulación). Eliot Freidson mantenía que el dominio y la autonomía son el centro del profesionalismo. Se consideran grupos únicos, caracterizados por ser una cultura con patrones de comportamientos específicos. (Freidson, 2001, 28-43).

Un avance en estas interpretaciones lo realiza Magali Larson (1977),³⁴ al introducir el factor poder en la constitución y refuerzo de una profesión. Las organizaciones profesionales buscan un dominio intelectual y organizativo en un área de preocupación social, lo que remite a la necesidad de captación de la población para que ésta requiera sus servicios exclusivos y a la noción de control de la demanda.

En este modelo teórico se utiliza la ideología del profesionalismo para la acción colectiva, buscando el apoyo del Estado para conseguir un refugio en el mercado y la protección ante la competencia. El poder es la pieza clave en los nuevos estudios sobre profesiones. Una gran parte de los trabajos más recientes se centran en la influencia política y cultural de las profesiones (Freidson, Illich, Ehrenreich), las relaciones entre profesiones y élites económicas y el Estado (Johnson, Perkin, Derber), y la relación de la profesión con el mercado y el sistema de clases (Larson, Starr, Brint), (Rodríguez y Guillén, 1992, 13).

Como decíamos, para esta corriente la legitimidad del control se deposita en un cuerpo de conocimientos especializados y validados por un reconocimiento oficial. Hay que añadir la delimitación de un espacio profesional y una división del trabajo controlado por los propios profesionales, de modo que son capaces de transformar y crear la esencia de su propio trabajo transformado así en un monopolio económico. Pero además este control debe ser reconocido por el Estado que delega parte de su poder en estas corporaciones profesionales. Urteaga (2008, 183) señala que según estos principios “*los estados que combinan una fuerte delegación de poderes a los intereses privados civiles son los más favorables al profesionalismo*”, y esto es así en la medida que las corporaciones profesionales desarrollan estrategias como una deontología profesional, asocian fundamentos disciplinarios con funcionamientos institucionales y mantienen una diferencia entre modelo y realidad o entre conocimiento y acción.

Otras aportaciones insertas en esta corriente son las procedentes de Abbott (1988),³⁵ en “*The System of Professions*”, trabajo en el que analiza el sistema de las profesiones centrándose en las profesiones de servicios. Para Abbott el desarrollo de las profesiones está ligado a las relaciones interprofesionales. Esto es lo que denomina jurisdicciones, “*legitimidad exclusiva de ejercer en un dominio específico de actividades*”. Afirma que el proceso de profesionalización reside en su capacidad de demanda de jurisdicción, y por ende de estatus. Las profesiones más fuertemente organizadas serán más efectivas en la demanda de jurisdicción. En ellas existe cohesión interna, capacidad de movili-

³⁴ Larson, MS. (1977): *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, Berkeley, California: University of California Press. Citado por Gillen MF. (1990). Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Reis*, Vol 51, nº 90, pp. 37-38.

Gómez-Bustamante EM. (2012). La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. *Aquichan*, abril 2012, Vol. 12, nº 1, Chía, Colombia, p 42-52

³⁵ Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988. Citado por Rodríguez JA. Guillén MF. (1992) Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea *Reis*, Vol. 59, nº 92, p. 13 y 44

ción de sus miembros y de los medios de comunicación y posibilidades de activar el trabajo académico o de investigación en apoyo de la legitimidad cultural de su jurisdicción, (Abbott, 1988).³⁶

Otro concepto que junto al de “jurisdicción” resulta de interés para nuestro estudio es el concepto de “situs” desarrollado por Gabriel Gyarmati (1984).³⁷ Plantea este autor una división del trabajo en dos dimensiones. La primera es horizontal, que agrupa a las ocupaciones de acuerdo con su función básica (jurídicas, de la salud, de la construcción), cada una de estas áreas es un *situs*. Y en el seno de cada situs existe una segunda dimensión, que ubica verticalmente o por estratos las diferentes ocupaciones que lo componen. De este modo, el estatus profesional de una determinada ocupación no depende tanto de sus competencias como de la relación existente entre ella y las demás ocupaciones dentro del situs. Este modelo de conceptualizar las profesiones es un referente mental que desde las profesiones clásicas por antonomasia (la medicina, el derecho y la arquitectura) se ha pretendido perpetuar como negociación con el Estado, para conseguir máxima autonomía, monopolio de la actividad y autoridad sobre las ocupaciones complementarias.

No podemos terminar esta somera revisión de la teoría sociológica de las profesiones sin referirnos a las nuevas perspectivas de análisis, que como señala Guillén (1990, 41) se produce desde el comienzo de la burocratización de las organizaciones industriales y gubernamentales a finales del siglo XIX y principios del XX, con el surgimiento de las grandes empresas burocráticas y del Estado; para las que el profesional en su concepción e imagen tradicional la de las profesiones liberales ha sufrido una importante transformación, al menos como postula el paradigma de las profesiones de mercado.

Para los autores de esta corriente, aunque las tradicionales profesiones liberales perviven, las denominadas profesiones organizativas son las que toman mayor cuerpo en la sociedad actual, tanto cuantitativamente (en número de profesionales) como cualitativamente (la sociedad del conocimiento). Pero en ellas algunas de las características intrínsecas del profesionalismo (autonomía funcional, independencia, libertad o capacidad de decisión facultativa, relación de poder sobre el cliente basada en la información asimétrica, etc.) han perdido la mayor parte de su vigencia, (Hernández Yáñez, 2012, 3).

Las teorías de desprofesionalización y de proletarización enunciadas por Haug (1975)³⁸ se ocupan de analizar este proceso. La desprofesionalización se produce en la

³⁶ Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press, p. 82. Citado por Real Villarreal MA. (2002). Tesis doctoral. Sociología de la profesión de Graduado Social. Departamento de Sociología y Teoría de la Educación. Alicante, p. 44

³⁷ Gyarmati G. (1984). *Las profesiones: dilemas, opciones y estrategias*. Chile. Corporación de Promoción Universitaria. Citado por Real Villarreal MA. (2002). Tesis doctoral. Sociología de la profesión de Graduado Social. Departamento de Sociología y Teoría de la Educación. Alicante, p. 50

³⁸ Haug MR. (1975): *The deprofessionalization of everyone?* *Sociological Focus*, 8 (3): 197-213. Citado por Guillén FM. (1990). *Profesiones y burocracia: Desprofesionalización y poder profesional en las organizaciones complejas*. Reis, Revista española de investigaciones sociológicas, Vol.51, nº90, p 41

medida que se eleva el nivel educacional de la población. La tendencia a la escolarización universal, la emancipación de la mujer y la importancia de los movimientos civiles se interpreta por los teóricos de la desprofesionalización como un fenómeno de reducción de la diferencia de conocimiento entre el profesional y el cliente. La gente está ahora en una posición más favorable para poder entender y usar ciertas áreas del conocimiento técnico aplicado. Una segunda fuente de erosión del conocimiento profesional se debe a que éste tiende a convertirse en conocimiento rutinario y experimental, haciendo rentable su codificación e introducción en sistemas de almacenamiento y tratamiento de información. Como consecuencia de ello los profesionales pierden poder, autonomía y autoridad, (Guillén, 1990, 42).

Siguiendo los argumentos de Guillén (1990, 43):

«Conviene recordar que los profesionales tienen en su poder ciertos instrumentos para contrarrestar los efectos adversos del mayor nivel educativo de la población. Una técnica frecuente es complicar el lenguaje (la jerga profesional) dificultando la comprensión de conceptos y procesos sencillos. Arney (1982) muestra cómo los especialistas en obstetricia cambiaron ciertas prácticas profesionales a través de una mayor especialización a medida que las mujeres americanas en edad de procrear gozaban de un nivel educativo superior, manteniendo así su monopolio de conocimiento. Otra artimaña común consiste en introducir tecnologías complejas cuyo impacto marginal sobre la calidad o efectividad de los servicios del profesional es dudoso, pero que permiten mantener o expandir la exclusividad sobre un área del conocimiento aplicado».

Un segundo grupo de teorías que predice el fin de las profesiones son las agrupadas genéricamente bajo la rúbrica de hipótesis de proletarización. En este caso, se postula que el proceso de cambio desde el empleo por cuenta propia hacia el empleo asalariado incide directamente sobre la naturaleza del profesional. El proceso de asalarización ha afectado a todas las profesiones y, en particular, a las profesiones sanitarias.

La teoría de las organizaciones ha dedicado gran atención al problema de la asalarización de las profesiones y su impacto sobre la autonomía técnica e ideológica (Guillén, 1990, 43-44). Para estos autores, la asalarización o proletarización de las profesiones conduce a una pérdida del control sobre el proceso y el producto de su trabajo, de sus valores y del propósito profesional. Como recogen Rodríguez y Guillén (1992, 15): *“El trabajo por cuenta ajena en un ambiente burocrático provoca un deterioro progresivo de la autonomía y una subordinación a los requerimientos de la producción”*.

Larson (1977)³⁹ postula que la expansión del aparato burocrático del estado (sanidad, educación, administración) es el factor más importante en la burocratización de los profesionales. Las organizaciones recurren a diferentes vías para evitar que sus empleados gocen de demasiada libertad a la hora de realizar su trabajo: estandarizar las prácticas, evaluar los rendimientos, control prospectivo de resultados..., y de este modo anticipar resultados sobre la base de unas normas predeterminadas, que exigen unas

³⁹ Larson MS. (1977): *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, Berkeley, California: University of California Press. Citado por Guillén MF. (1990). Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas *Reís*, Vol.51, nº90, p. 44

conductas concretas y hacen predecible al profesional. Como señala Hernández Yáñez (2012, 5): “*La gran paradoja que podemos analizar es una sociedad cada vez más profesionalizada con profesionales cada vez más ‘desprofesionalizados’, al menos a la luz del concepto tradicional de profesionalismo*”.

Por su lado los profesionales compensan la burocratización, la pérdida de autonomía y autoridad de su actividad, enfatizando la especificidad de su conocimiento técnico y reforzando sus asociaciones y colegios profesionales, lo que les permite mantener cierto control sobre el contenido y el producto de su trabajo. Y también, como observa Guillén (1990, 47) esta pérdida de autonomía se compensa con la seguridad, o a veces el prestigio y privilegios, que da trabajar en determinadas instituciones. De modo que “*la categoría sociológica de profesional parece mantener su relevancia y significado a pesar del ya largo proceso de asalarización o burocratización de ciertas profesiones*”, (Guillén, 1990, 47-48).

El debate en torno al conflicto entre jerarquías administrativas y profesionales (entre autoridad formal y autoridad del conocimiento experto) tiene una historia prolongada. Parsons (1947) fue quien lo popularizó, si bien el problema se hace más patente en nuestros días, fruto de los recortes presupuestarios, (Guillén, 1990, 16).

Otro factor importante en el modelo de mercado profesional actual está vinculado al gran desarrollo científico-técnico que se está produciendo en las últimas décadas, con dos consecuencias básicas: la especialización dentro de muchas de las profesiones y la aparición y rápida consolidación de nuevas profesiones. Sea por el desarrollo de nuevas áreas de conocimiento y práctica o por la demanda de servicios que requieren competencias complejas. La consecuencia es “*una hiperfragmentación del mercado profesional en nichos tremendamente independientes, cuando no directamente competidores*”, (Hernández Yáñez, 2012, 4).

La especialización tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones. Mediante la especialización se amplía la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo. Esto supone la creación de unas habilidades, un cuerpo de conocimientos y unas prácticas particulares que dota a la especialidad de una singularidad diferenciadora. La especialización en una rama del conocimiento no implica la limitación a ese campo de acción, pues se parte de unos conocimientos básicos generales comunes que se amplían y profundizan en ramas concretas del ámbito de conocimiento.

El modelo explicativo del desarrollo de las especialidades en medicina sigue los criterios establecidos por George Rosen (1944), obra clásica sobre la que asienta todo

estudio posterior sobre el especialismo en ciencias de la salud, (López Piñero, 2002, 321).⁴⁰

George Rosen establece factores científicos y sociales que influyen en el origen de la especialización. Entre los factores científicos destaca la concepción lesional de la enfermedad y con ello el estudio de sistemas y de órganos en particular (a partir del desarrollo de la Anatomía Patológica y la Fisiología). En segundo lugar, el descubrimiento de nuevas técnicas e instrumental exploratorio específico. Y en tercer lugar, el incremento exponencial de conocimiento científico que evidencia la imposibilidad de que un profesional domine todas las esferas del nuevo saber. Estos factores son punto de partida para la aparición de los distintos grupos de especialidades.

Los factores económicos y sociales son más complejos de analizar. Entre ellos destaca la urbanización acelerada, donde la incidencia de las enfermedades es más elevada, pero permite a la vez centrar la atención en la higiene y prevención de las enfermedades infectocontagiosas, así como la focalización en la problemática de grupos de población determinados y en enfermedades específicas de esa población. Como consecuencia de la mayor incidencia de la enfermedad o del mayor interés social por la lucha contra la enfermedad en poblaciones grandes y concentradas, aparece una demanda específica de servicios especializados, y esto se traduce en un mercado de trabajo. También hay que considerar la incidencia de factores económicos en el surgimiento de algunas especialidades, como las orientadas a los aspectos preventivos, los exámenes preocupacionales y el desarrollo de normas de higiene industrial, dando origen a lo que hoy conocemos como medicina del trabajo, (López Piñero, 2002, 631).⁴¹

La institucionalización y generalización de una especialidad se produce cuando el perfeccionamiento de las técnicas contribuye a mejorar la calidad de la práctica y así a conseguir mayor éxito social. En segundo lugar se crean puestos de trabajo específicos. Por último, se regula oficialmente la formación en la especialidad, (Ortiz, 1987).⁴²

Huertas (2000), recuerda que en dicho proceso Rosen (1972) defiende que el proceso de especialización se producía como un fenómeno relativamente independiente de las demandas y necesidades de los usuarios, habiéndose destacado que esa demanda no se debe a unas necesidades medidas objetivamente, sino que sería la consecuencia de una "transformación social de las necesidades", (Huertas, 2002, 92).

⁴⁰ López Piñero JM (2002). Las especialidades médicas. En López Piñero JM. Sánchez Granjel L. (Ed.). La Medicina en la Historia, Madrid, Esfera de los libros, pp. 321-338. Citado por Muñoz Zaragoza B. (2012). Proceso de especialización de la enfermería psiquiátrica en España. Trabajo fin de Master. Universidad de Zaragoza, p. 9

⁴¹ López Piñero JM (2002). Las especialidades médicas. En López Piñero JM. Sánchez Granjel L. (Ed.). La Medicina en la Historia, Madrid, Esfera de los libros, p. 631. Citado por Muñoz Zaragoza B. (2012). Proceso de especialización de la enfermería psiquiátrica en España. Trabajo fin de Master. Universidad de Zaragoza, p. 10

⁴² Ortiz T. 1987. El especialismo médico. Lección 44. Granada. Memoria de oposición., pp. 21-25. Citada por Muñoz Zaragoza B. (2012). Proceso de especialización de la enfermería psiquiátrica en España. Trabajo fin de Master. Universidad de Zaragoza, p. 10

La especialización es la etapa final de este proceso y lleva consigo la dedicación del profesional a aspectos determinados de su profesión, Responde al desarrollo más profundo de un área de conocimientos, y a una mayor complejidad de la organización profesional. “*Se podría decir que, a partir de un determinado momento histórico, la profesionalización se hace inevitable, y, desde otro –siglo XIX-, la profesionalización se convierte en condición necesaria, pero no suficiente, haciéndose imprescindible la especialización*”, (González Núñez, 2014, párrafo 5).

2.2.2 Sociología de las profesiones y la profesionalización de la enfermería

El concepto profesión ni mucho menos tiene una definición clara. Incluso no existen criterios firmes que diferencien una profesión de un oficio u ocupación. Lo que sí parece consensado es que una profesión aparece como un requerimiento que la sociedad hace a un grupo ocupacional con el objeto que cubra una necesidad determinada. Por tanto, las profesiones surgen en el tiempo en relación a un contexto social determinado, evolucionando de acuerdo a un proceso evolutivo humano, de modo que como señala Gracia Guillén (1992),⁴³ las profesiones son una creación histórica.

Siguiendo esta afirmación, para adentrarnos en el proceso de la profesionalización de la enfermería nos apoyaremos en la normativa y en la legislación vigente, siendo referente para nuestro trabajo la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, “de Ordenación de las Profesiones Sanitarias” que expresamente determina que se considera una profesión sanitaria:

«El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones. A pesar de dichas ambigüedades y considerando que nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos», (BOE nº 280, de 22/11/2003, preámbulo).

Esta norma se pondrá en relación con la historia de la enfermería, observando el recorrido de las personas que han prestado los cuidados en los diferentes periodos y determinando, a la luz de la teoría de la sociología de las profesiones, la coyuntura que ha favorecido avances en el desarrollo como profesión, sus particularidades, hándicaps...con el objeto de mostrar, dónde nos desenvolvemos en la actualidad.

⁴³ Gracia Guillén D. (1992). Desarrollo, aportación e imbricación de la enfermería en el avance tecnológico. I Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería: «La enfermería en el siglo XX. De oficio a profesión, los momentos del cambio. Seminario Permanente en investigación en Historia de la Enfermería, E.U.E. F. y P. y Departamento de Enfermería de la U.C. de Madrid. Mimeo.

En distintos momentos históricos, y en relación al desarrollo socioeconómico de la sociedad, aparecen unos valores más o menos homogéneos y característicos de cada contexto en torno a la salud, la enfermedad y la discapacidad. Esto se refleja en los recursos asistenciales que se les dedican. Según estos contextos históricos, los autores subdividen la evolución de la enfermería en diferentes etapas, etapas que más que secuenciales deben ser interpretadas como modelos. Alberdi (1999, 62-72) propone cinco periodos: primitivo, precristiano, cristiano, renacimiento-reforma y profesionalización. Siles (1999, 23) hace una división en cuatro periodos: tribal doméstica, religiosa institucional, preprofesional y profesional. Poletti (1982) hace una distinción basándose en la identificación de la condición de la mujer como suministradora de cuidados proponiendo tres grandes etapas: hasta la Edad Media es la mujer en el ámbito doméstico quien se ocupa de los cuidados, desde la Edad Media hasta final del siglo XIX es la mujer religiosa, y a partir del siglo XX hasta los años sesenta es la mujer como auxiliar del médico, correspondiendo con la etapa técnica.

Las diferentes propuestas historiográficas coinciden en determinar que la enfermería como actividad del cuidado ha existido desde el inicio de la humanidad. La atención a los enfermos e incapaces de valerse por sí mismos es una necesidad social. Se ha cubierto por personas cuya función siempre ha poseído cierto grado de especificidad. Los historiadores la vinculan con la enfermería, recorriendo a lo largo del tiempo una trayectoria que pasa desde una ocupación cotidiana incluida en el saber popular a su reconocimiento legal y social como profesión. También existe consenso en que la profesionalización de la enfermería es muy reciente y muy posterior a la profesionalización de otros colectivos sanitarios como medicina o farmacia.

De acuerdo con Chamizo (2009, 20), la profesión enfermera no surge cuando se inician los primeros cuidados en las sociedades primitivas sino a partir de un reconocimiento como colectivo que construye su propio discurso y determina la esencia de su propio trabajo. Proceso que en nuestro país no ocurre hasta bien avanzado el siglo XX.

De este modo resulta factible analizar el proceso desde una perspectiva que diferencie la etapa preprofesional de la denominada etapa profesional, centrándonos finalmente en esta última como nuestro primordial objeto de estudio.

El periodo preprofesional corresponde a los cuidados propios que los ciudadanos se proporcionan en el día a día en el seno de los hogares y de las comunidades pequeñas, consistiendo en las atenciones que fundamentalmente las mujeres ofrecen como parte de su rol social para el mantenimiento de la vida, el nacer, el morir, el cuidado de la alimentación, la higiene. Han coexistido con las atenciones que prestaban las sanadoras o brujas, personas que ofrecían remedios eficaces y conocían las propiedades de muchas plantas. Tales práctica se extendieron hasta bien avanzada la Edad Media.

Sin embargo, con la entrada de la Edad Media, la sociedad adquiere mayor complejidad. Nacieron los burgos, se intensificó el intercambio comercial y la cultura católica

toma preponderancia en la vida social. Esta nueva organización social va a afectar a todos los órdenes de la vida. Se crean las universidades, se inicia la reglamentación gremial y uno de los efectos inmediatos es la separación entre la medicina académica y la popular. Momento en que la autoridad médica y eclesiástica fue mermando el poder de los tradicionales sanadores. El discurso social se masculiniza y se organiza en torno a la moral cristiana (las universidades y las iglesias).

La doctrina cristiana introduce la consideración del enfermo y su cuidado como un medio para la salvación. Su atención es un deber religioso ligado a la caridad, de modo que los cuidados quedan en manos de figuras vinculadas al ámbito religioso con un carácter no remunerado y sin necesidad de formación específica. Mientras médicos, cirujanos y boticarios empiezan a organizarse en torno a una formación ligada a la universidad, en la que recordemos se excluía a las mujeres.

De esta etapa de la enfermería (vocacional) podemos encontrar documentación sobre las labores que desempeñaban los enfermeros en los hospitales en las “reglas de órdenes” y “congregaciones asistenciales”, en forma de constituciones y ordenanzas. Estos reglamentos son un primer paso hacia una sistematización del trabajo y definición de funciones. Y en ellas se observa que *“el centro de la atención sanitaria no es la curación (la medicina estaba muy poco desarrollada), sino los cuidados en los hospitales, La figura central es el monje o la monja con función de custodia y atención permanente, el médico es requerido a demanda o por horas”*. (Hernández Martín et al. 1997, 25).

Al ser una labor de base religiosa la enfermería no se constituyó nunca como gremio, y aunque hubo épocas en las que su trabajo fue muy reconocido socialmente no se otorgó un valor como modo de ganarse la vida, ni requería una formación intelectual. Por ello, como vemos, la enfermería en la etapa preprofesional participaba muy poco de los factores que constituyen los grupos profesionales. Además, el hecho de que los cuidados quedasen en manos de la iglesia ha condicionado la tardanza en la laicización de la enfermería. En nuestro país no se produce hasta bien entrado el siglo XX, así como su retraso en el proceso de profesionalización, ya iniciado décadas antes en países de nuestro entorno.

En la medida que en la sociedad se produjo el proceso de industrialización, los problemas sanitarios se acrecentaron, así como su percepción social. Pero también la medicina iba alcanzando niveles más científicos y pudo responder con mayor eficacia a las patologías emergentes, la cronicidad o las epidemias. Este proceso condujo a una demanda mayor de cuidados sanitarios por parte de la población, al tiempo que la encarece al incorporar tecnología más sofisticada. De modo que la atención sanitaria comenzó a priorizar el curar sobre el cuidar, tomando el médico la responsabilidad del hospital y precisando la aparición de personal auxiliar. Así es como la enfermería queda relegada a un papel subordinado de la medicina, como ayudante y con funciones meramente técnicas, correspondiéndose esto a la denominada “etapa técnica” de la enfermería.

Las particulares circunstancias de la enfermería en esta etapa se pueden considerar los prolegómenos del proceso de profesionalización. José Siles (1999, 204), enfermero y Doctor en Historia, en su “Historia de la Enfermería” comienza el capítulo titulado “*La transición hacia la profesionalización de la enfermería: las revoluciones y el movimiento reformista*”, reconociendo la importancia que tuvieron los conflictos bélicos en este proceso. De hecho, es en la guerra de Crimea (1853–1856) y en la intervención que en ella tuvo Florence Nightingale (1820-1910) donde se sitúa internacionalmente el nacimiento de la enfermería moderna.

Nightingale define el concepto de enfermería y los objetivos de los cuidados. Se le atribuye la creación del diagrama circular para representar los datos, intervenciones y resultados, llevando a cabo observaciones detalladas sobre los efectos del cuidado enfermero, que registra y analiza estadísticamente y recoge en una amplia bibliografía, destacando el manual “*Notas sobre enfermería qué es y qué no es*”, publicado por primera vez en 1859.

Su obra resulta básica para estructurar el conocimiento, estableciendo las bases de una formación formal para enfermeras y desarrollar el primer programa organizado de formación para enfermeras en 1860 en la llamada Nightingale Training School for Nurses, unida al St. Thomas’s Hospital. El objetivo de esta escuela era preparar enfermeras de hospital, enfermeras prácticas cuya dedicación fuera la de atender enfermos pobres, y, por otro lado, enfermeras capacitadas para formar a otras.

Nace de este modo la idea de una formación programada y sistemática, impartida por enfermeras de formación superior, alejadas de la ignorancia y desidia en que se habían instalado los cuidados en los siglos anteriores en el contexto caritativo. La desigualdad de sexo junto con la articulación social basada en la dualidad esfera-pública/esfera-privada polarizaban la realidad del momento, tanto para las mujeres como para la Enfermería, (Hernández Conesa, 1998, 132-139).

De todos modos, aunque la formación se realizaba en hospitales y escuelas, seguía en manos de los médicos. Las enfermeras cumplían funciones de instructoras y sus principios siguen basados en aspectos morales más que científicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence Nightingale eleva la condición de cuidadora tan deteriorada en aquellos años, aunque como decimos, la enfermería según estos principios limitaba su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin ninguna autonomía en su desempeño. Esta formación de enfermeras sirvió posteriormente de modelo a escuelas de enfermería de todo el mundo.

El sistema Nightingale llega a Estados Unidos el año 1873 y dio continuidad a la formación de enfermeras en hospitales. Pero no es hasta mediados del siglo XX cuando las enfermeras americanas, siendo conscientes de que la enfermería se alejaba de sus objetivos, reflexionan sobre la calidad de los cuidados. Y determinan que éstos no de-

ben depender exclusivamente de la destreza técnica, apelando a los aspectos humanos del cuidar, la consideración de la autonomía y el bienestar del paciente como una premisa que debe complementar la labor enfermera.

Fruto de estas reflexiones van tomando cuerpo muchos de los desarrollos teóricos que junto a las aportaciones de otras disciplinas (ciencia médica, psicológica y sociológica), y la utilización del método científico han ido organizando de forma sistemática el conocimiento acumulado y, de este modo, se desarrolla la disciplina enfermera como ciencia.

2.2.2.1 Enfermería como disciplina científica

En 1952 se publicó el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hildegarden Peplau que lleva por título *Interpersonal Relations in Nursing*, dando lugar a una tendencia denominada “de interrelación”. Con ella se incorporaron a la atención de enfermería los aspectos psicosociales, conductuales y relacionales vinculados a la salud mental. En este mismo año apareció la revista *Nursing Research* que se convierte en un órgano de difusión de investigación en enfermería. En 1960 se publicó *Principios Fundamentales de enfermería*, de Virginia Henderson, con la definición de la función propia de la enfermera, mediante la identificación de 14 necesidades en las que basar los cuidados enfermeros y la propuesta de una metodología y un plan de trabajo; propuesta adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería.⁴⁴

En torno a todo ello se fueron desarrollando los principales modelos de la disciplina:

- V. Henderson (1897-1996): máxima independencia para cubrir las necesidades básicas.
- D. Orem (1914-2007): satisfacción de los autocuidados.
- H. Peplau (1909-1999): máximo nivel de desarrollo y madurez.
- C. Roy (1939): máximo nivel de adaptación al entorno.
- M. Allen (1921-1996): búsqueda natural de una vida sana.
- M. Rogers (1914-1994): armonía interna y externa.

Al mismo tiempo, un trasfondo básico para el desarrollo científico lo constituyó la búsqueda de un método que permitiera a las enfermeras avanzar en la profesionalización de su quehacer, lo que ha conducido a la propuesta de el “Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”, definido como: “*el método sistemático y racional para planificar y prestar cuidados enfermeros a las personas, familias, grupos o comunidades*”, conforme a las necesidades de los pacientes, no según los diagnósticos médicos. El PAE es considerado la herramienta de aplicación práctica del sistema teórico reconocida internacionalmente.

⁴⁴ Consejo Internacional de Enfermería, 1961. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/>

En 1953 Vera Fray utilizó el término “Diagnóstico de Enfermería” y en 1973 se organizó la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. En la Quinta Conferencia Nacional sobre Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería (1982) se aprobó la creación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

A partir de estos inicios el proceso de creación de una disciplina científica ha sido vertiginoso, tanto en el desarrollo y ampliación del conocimiento como en la clasificación y estandarización de los cuidados. También se adentra en el campo de la investigación y a día de hoy podemos afirmar que enfermería dispone de un marco epistemológico firme y reconocido internacionalmente.

Tras las dos Guerras Mundiales, en 1948 se produce la Declaración de los Derechos Humanos y se creó la Organización de Naciones Unidas y, dependiente de ésta, la OMS, organismo que establece un nuevo concepto de salud, definida como: “*el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad*”. Como recuerda García Martín-Caro y Martínez Martín (2001, 163-164), este es un ejemplo de cómo un cambio en valores sociales, como es el concepto de salud, produce efectos que suponen un factor importante para el desarrollo de la disciplina.

Esta nueva definición es expresión de una concepción sociológica de la salud, como un valor primordial para la humanidad que requiere unas nuevas pautas de atención sanitaria a personas y grupos. Así, el campo sanitario amplía su contenido, al entender al ser humano como un ser integral, considerando tres dimensiones: biológica, psicológica y social. Desde esta perspectiva la atención a la salud supone no solo el procurar conservar la vida (curar, misión del profesional médico) sino también intervenir en la calidad de vida, en la promoción, en la prevención y rehabilitación (misión del que hacer enfermero). La nueva filosofía de práctica sanitaria implica la intervención de diferentes profesionales integrados en equipos multiprofesionales.

Así la enfermería ha ido estructurando un cuerpo de conocimientos propio consolidándose como disciplina, resultando la aplicación práctica de estos conocimientos una demanda social y un mercado de trabajo específico. Punto primordial para que siguiendo a Wilensky (1964), una ocupación sea reconocida como profesión. Este modelo lo tomamos como referencia, por parecernos el más completo y resultar útil para articular los elementos que contribuyen a la profesionalización de la enfermería.

La etapa siguiente de Wilensky nos remite al establecimiento de procedimientos de instrucción, que cualifiquen adecuadamente a las personas que pretenden acceder a la ocupación y permitan la selección de los más adecuados.

La tercera fase se establece con la constitución de una asociación profesional. La asociación ha de instituir modelos y normas internas y al mismo tiempo proteger sus intereses. Ha de presionar para conseguir una legislación favorable y demarcar las rela-

ciones con otros grupos, especialmente de las profesiones fronterizas o en situación de competencia.

En una cuarta fase se realizan movimientos con objeto de obtener reconocimiento legal y apoyo público para controlar en régimen de monopolio el acceso y ejercicio de la actividad profesional.

Y finalmente la profesión se dota de un código deontológico. Así consolida el ideal profesional, basado en la vocación de servicio, bajo una competencia fundamentada en unos conocimientos precisos y en la autonomía en un campo propio de acción social.

Desde este modelo analizamos a continuación cómo la ocupación enfermera se ha ido dotando de los elementos necesarios para su profesionalización.

2.2.2.2 La formación específica en enfermería

Recordemos que, como Wilensky, Parsons (1976) señaló que una condición necesaria para la profesionalización de una ocupación es el carácter intelectual del ejercicio profesional. Ejercicio que requiere un largo periodo de instrucción. Esto permite la adquisición de un cuerpo de conocimientos y unas destrezas que garanticen la especificidad funcional del profesional, entendiendo ésta como la característica según la cual un profesional ejerce su autoridad sobre un campo específico y especializado.

La instrucción específica en enfermería data de 1860 con la inauguración de la Nightingale Training School for Nurses (Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras), institución educativa independiente financiada por la Fundación Nightingale. Modelo que se extendería por todo el mundo con diferente éxito y calidad. En este proceso fue importante la situación de partida que se muestra muy diferente en los países en los que se instauró la reforma protestante de los que se mantuvieron en la cultura católica. La reforma se acompañó de la secularización de la asistencia sanitaria y el deterioro de la atención en manos de personal incompetente, mientras que en los países del sur de Europa la labor enfermera siguió en manos de la vocación religiosa. De modo que, como señala Mila (1986, 304), en España no ocurrió lo que se ha dado en llamar “etapa oscura de la enfermería”, propia de los países anglosajones. Situación que, por negativa, requirió de una gran actividad reivindicativa en pro de una formación de calidad, con movimientos de presión protagonizados por las propias enfermeras. En España, por el contrario, el proceso de transformación de la formación enfermera se produjo de una forma evolutiva y gradual. Así en EEUU la enfermería logró integrarse en la universidad muy tempranamente (1889), Gran Bretaña lo hizo en 1955 y nuestro país no lo consigue hasta 1977, tras un complejo proceso que pasamos a describir.

Desde la Edad Media existían ocupaciones que se han considerado antecedentes de la enfermería. Sus denominaciones fueron variando: sangradores, barberos, ministrantes, cirujano menor. Por fin en 1857 aparece formalmente la figura del “practicante” con la ley de Instrucción Pública (Ley Moyano), que reguló los conocimientos prácticos

exigibles para acceder al título de Practicantes y Matronas. Formación que se impartía en las facultades de medicina.

Es en 1895 cuando se funda la primera escuela de enfermería. Su fundador es Federico Rubio, cirujano madrileño que había vivido en Inglaterra en los años de Florence, a la que visitó y con la que tuvo la oportunidad de conocer el tipo de enseñanza que allí se realizaba. A su regreso, y siguiendo sus principios, abrió la primera escuela de enfermería en España. La llama "Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría", ubicada en el Hospital de la Princesa de Madrid, que era donde trabajaba con la idea de crear una enfermería laica que sustituyese a las Hermanas de la Caridad y los Practicantes en las instituciones hospitalarias.

Sin embargo, estos estudios fueron privados, sin conexión con la universidad ni reconocimiento oficial. Hasta que, en 1915, con la Real Orden de Alfonso XIII, se aprueba la habilitación de las enfermeras para ejercer la profesión, al crearse el Título Oficial de Enfermera, el modo de acceso y el programa formativo. Título diferenciado del de practicante y vinculado a la práctica religiosa.⁴⁵

A esta primera escuela le siguen otras como las de la Cruz Roja en Madrid y Barcelona, la de Santander (Marqués de Valdecilla), la Santa Madrona de Barcelona, la Escuela del Hospital Civil de Málaga... De manera que en 1931 se pudieron contabilizar hasta 19 escuelas, (Solorzano et al. 2003, 104-110).

Durante la II República se avanzó en la consideración de la enfermería gracias a la reforma sanitaria. En 1932 se reconoce y regula el proceso de obtención del título de enfermero psiquiátrico. Se desarrollaron las titulaciones de Enfermeras Sanitarias, Enfermeras Visitadoras y Enfermeras Visitadoras Puericultoras. Además practicantes y matronas, pasaron a integrarse en el nuevo organigrama sanitario al constituirse por decreto de 14 de junio de 1935 el Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria y de las Matronas Titulares Municipales, (Bernabeu Mestre y Gascón Pérez, 1999, 44-45).

La Guerra Civil supuso un retroceso en el proceso de profesionalización de la enfermería. Pierde los cometidos desarrollados durante la República vinculados a la Salud Pública y regresa a los hospitales. Se cerraron escuelas y se abrieron nuevos centros creando el carnet de damas auxiliares, necesarias para atender los hospitales durante la contienda. Según Mila (1986, 301), llegaron a formarse más de doce mil mujeres entre enfermeras y auxiliares. De modo que al finalizar la Guerra Civil había una gran diversidad de profesionales con diferentes formaciones y titulaciones: practicantes, enfermeras, matronas y auxiliares, procedentes de la antigua titulación oficial o de los cursos expedidos por Cruz Roja o Falange.

⁴⁵ La aprobación de este título es respuesta a la solicitud de la Congregación de las Siervas de María, religiosas que se ocupaban de los cuidados hospitalarios, casi en exclusiva.

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1941 intenta reorganizar el sistema sanitario y el maremágnum de profesionales con diferentes titulaciones, formación y competencia, cristalizando en la creación del Instituto Nacional de Previsión de la Seguridad Social. Esto junto al desarrollo tecnológico y los avances médicos se tradujo en la creación de numerosos hospitales: entre 1951 y 1977 se abrieron 131 hospitales en el territorio español.

La formación durante este periodo mantuvo y, si cabe, acrecentó las diferencias entre la formación de practicantes y enfermeras; o lo que es lo mismo, entre los hombres, y las mujeres que por entonces tenían una labor auxiliar del médico. Los Practicantes (hombres), se formaban en las facultades de medicina, donde no se les exigía formación práctica. Su labor podía ser en instituciones sanitarias, pero su mayor prestigio lo obtenían como profesión liberal que atendía a domicilio el suministro de medicación vía parenteral. Mientras que las Enfermeras (mujeres) se formaban en las numerosas escuelas que proliferaron en este periodo. Escuelas en régimen de internado, en las que una parte importante de su formación se realizaba en base a las practicas hospitalarias, sometidas a un rígido régimen disciplinario y en gran medida supliendo, con su trabajo, la escasez de profesionales. Su ejercicio profesional posterior estaba directamente vinculado a los hospitales, donde necesitaban personal con instrucción técnica y siguiendo la filosofía imperante de autoritarismo y relaciones patriarcales, con una total dependencia jerárquica y subordinación de los médicos. Como señala Germán Bes (2006, 252) *“el tema de la convalidación de las enfermeras antes de 1953, constituye una de las discriminaciones de género más flagrante”*.

En España, el 4 de diciembre de 1953 se publicó un nuevo plan formativo en el que se unifica la formación de las tres carreras que existen en ese momento: enfermeras, matronas y practicantes (Plan Ayudante Técnico Sanitario: ATS). No sin importante conflicto, ya que no fue una denominación que satisficiera a nadie. Los practicantes se negaban a incorporar la palabra enfermero en su titulación, ya que la asociaban a camillero; y las enfermeras tuvieron que ceder en la pérdida de su identificación como enfermeras, en aras de un consenso y finalmente conseguir una carrera única, (Germán Bes, 2006, 41).

A pesar de que oficialmente se unificó la formación con el nuevo plan, en la práctica cotidiana pervivían las anteriores denominaciones, practicante para los hombres y enfermera para las mujeres. Los practicantes obtenían su título en las facultades de medicina y las enfermeras en las escuelas. Los contenidos mantenían diferencias, ya que la formación femenina incluía enseñanza del hogar, formación política y educación física. El cuerpo docente era exclusivamente médico, los autores de los libros de texto eran médicos y sus enseñanzas teñidas de abnegación religiosa, subordinación al médico y escasez de conocimientos, (Alberdi, 1992, 22).

Ya a principios de los años 70, durante la elaboración de la Ley General de Educación se plantea desde la profesión enfermera y con todos avales internacionales (CIE), la

transformación de las escuelas de ATS en Escuelas Universitarias, en aras de una mejor formación y basadas en las corrientes internacionales más avanzadas. Estas reivindicaciones llegan al Ministerio, pero sin consenso dentro de la profesión. El Consejo General de practicantes o ATS Masculinos proponía como alternativa al plan ATS una titulación denominada: Graduado en Medicina y Cirugía. Al tiempo que el Consejo General Médico defendía un modelo de enfermería de Formación Profesional de segundo grado y con un control férreo de la formación por parte de la profesión médica, (Germán Bes, 2006, 193-196).

En noviembre de 1975, tras la muerte de Franco, el cambio social, político y la crisis sanitaria fueron caldo de cultivo para que la enfermería plantease por primera vez en su historia española unas reivindicaciones formativas claras y unánimes.

«Faltaban enfermeras y la tentación de una formación rápida era más que una idea, de hecho se había aprobado la formación acelerada de auxiliares de clínica vía Plan de Promoción obrero (PPO), por lo que la cuestión económica era una de las razones de los grupos hegemónicos para decidir el encuadre de la formación enfermera», (Germán Bes, 2006,198).

La dificultad para llegar a soluciones se alargaba en el tiempo, lo que dio lugar a numerosos encuentros de profesionales, jornadas, asambleas permanentes y la constitución de una coordinadora a nivel nacional. Organización surgida ante la inoperancia de los representantes de los Colegios Profesionales que se mantenían divididos en tres secciones (ATS Femeninos, ATS Masculinos y Matronas), incapaces de llegar a acuerdos. Las generaciones jóvenes no se sentían representadas. Esta situación dio lugar a un conflicto que se expresó en manifestaciones, huelgas y encierros, movimiento que se denominó “movilización de las batas blancas”. Partiendo de una reivindicación académica de las enfermeras, termina arrastrando a otros colectivos sanitarios y otras reivindicaciones asistenciales, como veremos al tratar los primeros movimientos en la reforma psiquiátrica en España.

Los debates sobre las necesidades formativas y la definición de la nueva enfermería que surge en este periodo es de gran interés, ya que sentó las bases de lo que ha de ser una enfermería profesional en nuestro país, a este respecto nos remitimos al extraordinario trabajo realizado por Concha Germán Bes (2014) en su reciente publicación: *“La revolución de las batas blancas: la Enfermería española de 1976 y 1978”*. En él recoge con todo detalle la lucha realizada por los profesionales en estos tres años de la historia de la enfermería en España, momento en el que se lograron cambios fundamentales, como la formación universitaria mixta y el colegio único. Se sentaron las bases para lograr un salario digno, el profesorado enfermero y la reforma de la sanidad pública.

Los primeros logros se empezaron a constatar en octubre de 1976, el Real Decreto 2879 deroga la obligación del internado y establece el carácter mixto de las escuelas de ATS. Y por fin el Real Decreto 2128 de 23 de julio de 1977 aprobó la integración de la formación enfermera en la universidad. Las escuelas de ATS pasan a ser Escuelas Universitarias de Enfermería y la denominación de la profesión pasa de ATS a Diplomado

Universitario en Enfermería (DUE). Con el fin de materializar el programa se constituyó un comité Asesor para la formación de enfermería y se elaboró un nuevo plan de estudios.

Una nota al menos curiosa respecto al cambio de denominación de la carrera, es que a pesar de que oficialmente el título de ATS desaparece en 1977 y que en el seno de la profesión no había sido bien acogido (por su connotación subsidiaria y también regresiva respecto a la caracterización que la enfermería empezaba a alcanzar fuera de nuestras fronteras), es una denominación que quedó muy impregnada en la sociedad. A día de hoy se sigue utilizando este nombre para referirse a los/las enfermeros/as, y no solo en la calle. Recientemente tuve ocasión de observar como la auxiliar que cubría una baja en mi servicio se refería a mí como “ATS”. Preguntada al respecto, confirma que en los servicios hospitalarios donde ha trabajado era común esta dominación, justificando que se hace “por resumir”. Otro ejemplo lo encuentro en la puerta de la enfermera de un colegio de educación especial donde la enfermera realiza una labor verdaderamente encomiable, en su puerta como identificación pone ATS. Y aún hay más, en logos, impresos o correos corporativos de colegios o sindicatos de enfermería se mantiene esta trasnochada denominación, que en nada nos favorece.

La formación universitaria a la que se accedía con el nuevo plan DUE fue una diplomatura lo que impedía desarrollar todo el proceso académico para la docencia. Es decir, la formación enfermera según este plan no permitía acceder al doctorado exigido para impartir enseñanzas a nivel universitario. Lo que supuso un hándicap para muchas enfermeras. Querían avanzar en su carrera académica y dificultaba el acceso a la docencia en su campo profesional. La Orden de 13 de diciembre de 1978 vino a subsanar el problema al facultar a la Dirección General de Ordenación Académica y Profesorado para “*Habilitar excepcionalmente, y en defecto de titulación académica correspondiente, a personas competentes para que puedan impartir enseñanzas aunque no posean la titulación que se les exige para el nivel universitario*”.⁴⁶ Esto solventó de momento el problema, pero generaba situaciones contradictorias, ya que la docencia en enfermería resultaba más accesible a otras profesiones con nivel de licenciatura. Por otro lado, generaba inseguridad en los profesores de la diplomatura sin doctorado. La respuesta fue que numerosas enfermeras accedieron a otras carreras que por su carácter de licenciatura les posibilitase obtener el grado de doctor.⁴⁷

La reivindicación de estos momentos era que la diplomatura de enfermería pasase a ser una licenciatura, paso definitivo para su acceso completo a la carrera académica y con el mismo rango que las otras formaciones, en sintonía con lo que ya ocurría en la mayoría de los países de nuestro entorno. Objetivo que se alcanza con el denominado “Proceso Bolonia”, cuya finalidad era coordinar las enseñanzas universitarias del con-

⁴⁶Orden de 13 de diciembre de 1978 sobre habilitación de títulos para impartir docencia. BOE nº. 300, de 16 de diciembre de 1978, p. 28344. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-30413

⁴⁷ Principalmente las licenciaturas de Antropología, Psicología, Sociología y Derecho (en este orden).

junto de la Unión Europea, creando el “Espacio Europeo de Educación Superior” —homogeneizando títulos e itinerarios— y así facilitar la movilidad de estudiantes y profesionales entre los países miembros. Propone un modelo de enseñanza que sitúa al estudiante en el eje del proceso enseñanza-aprendizaje, basado en un sistema educativo de calidad que incremente la competitividad internacional. La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior es recogido en el Título XIII de la Ley Orgánica de Universidades 6/2001 de 21 de diciembre.

De este modo la formación universitaria en enfermería pasa denominarse *Grado en Enfermería*, y en la misma línea que la mayoría de las titulaciones universitarias. La carga lectiva que se le asigna es de 240 créditos, cuatro años de formación y la necesidad de proyecto fin de grado. Proceso que se materializa con la Orden 2134/2008 de 3 de julio por la que se establecen los requisitos para la verificación de los nuevos títulos universitarios, dando el plazo del año académico 2010- 2011 para que las escuelas ajustasen sus planes de estudios.

La primera promoción de graduados en enfermería sale al mercado laboral en 2013. Ahora sí puede decirse se trata de una formación universitaria plena, de carácter intelectual, con un cuerpo de conocimientos propio e impartida en gran medida por los miembros de la profesión; aspecto, este último, recurrente en la literatura sobre las profesiones, e importante factor para configurar la identidad y autonomía disciplinar.

Ha sido un largo trayecto. A través del cual el cuidado enfermero se ha transformado, desde una práctica informal, para la que sólo se requería una capacitación básica, a una carrera universitaria que actualmente cubre las exigencias y características de una educación superior. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales y acceder al campo de la investigación en su área disciplinar. Sin embargo, como observan Salas Segura et al. (2012), los avances que han ocurrido en la formación académica y práctica, no se reflejan tan rápidamente en el ejercicio profesional de enfermería, desequilibrio que se mantendrá en la medida que convivan en los servicios sanitarios enfermeras y enfermeros anquilosados en el antiguo modelo eminentemente técnico y supeditado a las ordenes médicas.

En estas circunstancias, en gran medida fruto de la juventud de la disciplina, la enfermería en nuestro país se encuentra en pleno proceso de cambio. Proceso que necesariamente deberá trasladar todo lo que se va avanzado científicamente hasta la práctica asistencial y expresar así el gran potencial para la mejora en la calidad de los servicios sanitarios y su entidad como profesión autónoma.

2.2.2.3 La Organización Colegial de Enfermería

Siguiendo la corriente sociológica funcionalista, otro aspecto trascendente para el proceso de profesionalización lo constituye la formación de una corporación, asociación o colegio profesional propio. Proceso que viene a instituir una identidad corporativa en defensa de sus propios intereses, demarcando las relaciones con otros grupos, especial-

mente de las profesiones fronterizas o en situación de competencia. Al tiempo que instaura modelos y normas internas que conforman un espacio identitario y monopolístico de una actividad. Corresponde a la tercera fase que Harold Wilensky (1964) estableció como requisito en el proceso de profesionalización.

El objetivo de las Asociaciones o Colegios Profesionales es organizarse para mantener la calidad de la formación y del servicio en su más alto nivel. Igualmente trabajan para conseguir la regulación de la profesión tanto a nivel académico como laboral o profesional, estableciendo controles internos por los propios miembros del grupo, con el cometido de garantizar los derechos de los ciudadanos frente a los profesionales. Otra función es salvaguardar la profesión del intrusismo de formaciones afines o de personas sin la formación acreditada. Es decir, proteger su espacio profesional. Los Colegios Profesionales actúan además como representantes políticos e institucionales exclusivos de la profesión. La colegiación es obligatoria⁴⁸ para poder ejercer, existiendo, por otra parte, muy pocos controles de legalidad en la actuación de los Colegios, (Hernández Yáñez, 2010, 2012).

La asociación profesional de Enfermería más importante es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), fundado en 1899. Dos años después se aprobaron los estatutos y se eligieron los cargos. Está compuesto por la representación de una organización de enfermeras por cada país, organización cuyos reglamentos y estatutos concuerden con los del CIE. Dispone de una junta directiva que se reúne al menos cada dos años con los presidentes de las asociaciones miembros y cada cuatro años realiza un congreso en un país distinto. El CIE fue la primera asociación que se interesó por los aspectos éticos y jurídicos de la profesión, culminando con el establecimiento del primer Código de Ética para enfermeras, aprobado en el Congreso de 1953, celebrado en Brasil. En la actualidad está compuesto por asociaciones de 128 países.

En nuestro país es el Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos y Enfermeras quien se incorpora inicialmente al CIE en 1965. Actualmente el Consejo General de Enfermería, que a su vez aglutina a los Colegios Provinciales o Autonómicos, es quien representa a la enfermería española en el CIE.

Los Colegios Profesionales se crean en España a partir de la Ley General de Sanidad de 1855, por la que se instituyó un juzgado médico-farmacéutico en cada Provincia. Sus fines eran disciplinarios y arbitrales. En torno a este organismo oficial fueron surgiendo asociaciones profesionales, germen de los Colegios. En 1898 se implantó la colegiación obligatoria de médicos y farmacéuticos y en 1904 en el marco de la Instrucción General

⁴⁸ Actualmente es obligatorio estar colegiado para ejercer la profesión enfermera, nos regimos por la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, con numerosas reformas posteriores. En 2014 se publicó el anteproyecto de ley de servicios y colegios profesionales. (Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=CE-D-2013-1434>). Con la propuesta de reducir de 80 a 38 las profesiones en las que la colegiación sería obligatoria (mantenía como obligatoria la colegiación de todas las profesiones sanitarias). Finalmente en febrero de 2015, se retiró el anteproyecto. Quedando de nuevo pendiente una regulación de los servicios y colegios profesionales de acuerdo al momento actual.

de Sanidad se posibilita la creación de Colegios por parte de todas las profesiones sanitarias reconocidas.

La colegiación oficial y obligatoria de los practicantes se establece mediante la Real Orden de 28 de diciembre de 1929. Inmediatamente después, por la Real Orden de 7 de mayo 1930 se concedía la colegiación obligatoria a las matronas. La colegiación de las enfermeras no es exigida hasta 1944 con la Ley de Bases de la Sanidad, que instituye los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios: practicantes, matronas y enfermeras y su Consejo General. En 1945 se aprueba el reglamento del Consejo General y el Estatuto de las profesiones sanitarias y de los Colegios, destacando que cada provincia tiene su Colegio Oficial pero en su seno alberga tres secciones: Practicantes, Matronas y Enfermeras. Secciones que en la práctica funcionaron como tres Colegios independientes a menudo con intereses contrapuestos, situación que se mantendrá hasta 1977, a pesar de que la unificación de la formación ya se había producido en 1953 con la unificación de la formación con el Plan ATS, (Germán Bes, 2006, 75).

Esta situación, como señala Quintaros Domínguez (2012), mantiene la tensa relación entre enfermeras y practicantes que tenían salarios diferentes, claramente menores en las mujeres (enfermeras) que además eran acusadas de intrusismo por sus compañeros varones. En lo laboral, en noviembre de 1960 se aprobó el Decreto, nº. 2319/60 Ministerio Gobierno, B.O.E. 17 diciembre, sobre competencia profesional, que vino a resolver la situación, en él se definen inequívocamente las funciones del colectivo en su conjunto, lo que también facilitaba determinar las competencias específicas frente al intrusismo, que según este autor: *“por aquel entonces hacía verdaderos estragos”*, (Quintaros Domínguez, 2012,144).

En el año 1945 se produce un primer intento de regular unos Estatutos comunes para estas profesiones, aunque la unificación definitiva no tendría lugar hasta que se aprobó el Real Decreto 1856/1978 de 29 de junio, que incluía unos Estatutos Generales para las tres secciones existentes entonces: Enfermeros, Practicantes y Matronas. Con el Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, se aprobaron los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería Estatutos que finalmente unifican las secciones colegiales, pero mantiene la antigua denominación de ATS, a pesar de que ya en 1977 la enfermería se había incorporado a la universidad y cambiado su título por Diplomado en enfermería, modificación que se consigue mediante el Real Decreto 306/1993, de 26 de febrero.

Esta regulación viene a adaptar la normativa sobre Colegios Profesionales a la constitución recién aprobada, de modo que desaparece la prerrogativa predemocrática de poder ocupar un asiento en las Cortes.

Se dota a los Colegios de la condición de Corporación de derecho Público, con personalidad jurídica propia. Esto significa que la corporación tiene la facultad de autorregularse, establecer e implementar las reglas y códigos propios del desempeño profesional y también crear comités para sancionar faltas disciplinarias, pudiendo ex-

cluir de la profesión a quienes no se atengan a su código ético o estándares técnicos; entre otras muchas funciones de carácter consultivo, representativo, solidario y acreditativo.

La legislación a día de hoy en vigor nos remite al Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre de 2001, que incluye unos nuevos Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería. En ellos incluye por primera vez una expresa regulación de lo que se denomina “principios básicos del ejercicio de la profesión”. Principios que atribuyen a la Organización Colegial la ordenación de la actividad profesional, representación y defensa de la profesión con una doble naturaleza y vertiente funcional. En primer lugar se consideran las Funciones Públicas: establecimiento y regulación del orden profesional, deontología, actuaciones disciplinarias y representación en el ámbito administrativo, principalmente. En segundo lugar se encuentran sus Funciones Privadas: dotación de servicios de diversa naturaleza, formativa, póliza de Responsabilidad Civil, asesoría jurídica, servicios informáticos, convenio con entidades aseguradoras y financieras, entre otras muchas.

Una de las reformas exigidas en el Marco Europeo es una regulación de los Colegios Profesionales. Con este objetivo, durante el año 2013 y 2014 se mantuvo un encendido debate en torno al Anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales. Proyecto que planteó la reducción de 80 a 38 las profesiones de colegiación obligatoria, manteniendo la obligatoriedad en todas las del ámbito sanitario, proponiendo importantes cambios a nivel organizativo interno de las corporaciones. Anteproyecto retirado en febrero de 2015, quedando de nuevo pendiente materializarse en una nueva Ley.

De lo anteriormente expuesto concluimos que la Organización Colegial es el organismo aglutinador y con un verdadero poder para ordenar y en defensa de la profesión enfermera, que en nuestro país la colegiación ha sido obligatoria desde la creación de los Colegios, pero también es cierto que algunas comunidades autónomas haciendo interpretaciones a la ley permitieron la libre colegiación a los profesionales enfermeros de los servicios sanitarios públicos. Situación que se mostró equivocada en numerosas sentencias particulares y finalmente en la sentencia Nº 3/2013, de 17 de enero de 2013, del Tribunal Constitucional. Lo cierto es que para poder ejercer la profesión es una exigencia legal estar colegiado, pero también es cierto que a la hora de firmar contratos laborales con servicios sanitarios públicos no siempre se exige esta acreditación por lo que no es extraño que algunos enfermeros y enfermeras obvien esta obligación.

Además de los Colegios Profesionales, en el terreno asociativo, la profesión enfermera dispone de un sindicato corporativo creado en 1983: Sindicato de Enfermería (SATSE). Su función fundamental es la defensa de los intereses laborales. SATSE, junto al Sindicato Médico, son mayoritarios en la representación profesional en la administración sanitaria pública.

En los últimos 15 años se observa una importante proliferación de asociaciones profesionales, a menudo de carácter mixto, científico y profesional. Son sociedades que no gozan de capacidad representativa de la profesión pero sí de interlocución en materia científica técnica y de regulación. Este fenómeno es fruto del proceso de especialización de la profesión y de la heterogeneidad de situaciones que surgen en los servicios sanitarios actuales.

2.2.2.4 La legislación en enfermería

Una de las funciones fundamentales y a veces, la razón de ser, de los Colegios y Asociaciones es aglutinar fuerzas para aumentar la capacidad de presión sobre el poder o autoridad legislativa. Un objetivo es conseguir el reconocimiento legal de su ejercicio y una protección de su monopolio competencial, esto es, un modo de presión política. Con la finalidad de que se reconozca públicamente el valor social de su función, así como para que los avances a nivel formativo e investigador cristalicen en una delimitación del campo competencial y determinen el nivel de responsabilidad, y en consecuencia tengan reflejo en el ejercicio profesional.

Según Freidson (1978) el reconocimiento del trabajo de los enfermeros en el ordenamiento jurídico está muy vinculado a la institucionalización estatal de la Seguridad Social. Hernández Martín et al. (1997,30), considera que la regulación de las direcciones de enfermería y la creación de las consultas de enfermería son los dos hitos que más contribuyen en su consolidación como profesión.

Las direcciones de enfermería en 1972 formaban parte de la Junta de Gobierno de las Ciudades y Residencias Sanitarias de la Seguridad Social, en calidad de vocal⁴⁹. Los Órdenes ministeriales de 28 de febrero⁵⁰ y 1 de marzo de 1985⁵¹ establecieron los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal. Se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social, con las que Enfermería consigue su consideración como órgano unipersonal de Dirección. Éstas son anuladas mediante la Orden de 11 de abril de 1987 en cumplimiento de la sentencia dictada por la Sala Cuarta del Tribunal Supremo en el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la Asociación Nacional de Jefes de Departamento de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Pero inmediatamente después el Real Decreto 521/1987 de 15 de abril aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de Salud, regulando la estructura y funciones de los órganos directivos, situando a la Dirección de Enfermería al mismo nivel que a la Di-

⁴⁹ Orden de 7 de julio de 1972 del Ministerio de Trabajo, sobre el Reglamento de régimen, gobierno y servicio de las Instituciones Sanitarias.

⁵⁰ Orden de 28 de febrero de 1985 del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre órganos de Dirección de los hospitales gestionados o administrados por INSALUD.

⁵¹ Orden de 1 de marzo de 1985, del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre el Reglamento General de Estructura, organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social.

rección Médica y la Dirección de Servicios Generales, todos ellos dependientes jerárquicamente de la Gerencia. La Dirección de Enfermería es el máximo responsable de la asistencia de enfermería y, por lo tanto, de su autorregulación. De ella dependerán las salas de hospitalización, los quirófanos y esterilización, las unidades especiales, las consultas externas, urgencias, hospitalización de día, y la hospitalización a domicilio.

La creación de las consultas de enfermería en España se hizo de la mano de la Reforma de la Atención Primaria. Inicialmente tuvo sus detractores entre el colectivo médico (Consejo General), pero finalmente se impuso la filosofía de Alma Ata (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria 1978), y contando con el apoyo político, se legisló a tal efecto: la Orden Ministerial del 14 de Junio de 1984 establece un marco legal que modifica el estatuto del personal auxiliar sanitario, creando la modalidad de Enfermera de Atención Primaria. Especialmente importante es el artículo 58 bis:

«Las enfermeras/os de Atención Primaria prestarán con carácter regular sus servicios a la población en derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario, así como a toda la población en colaboración con los programas que se establezcan por otros organismos y servicios que cumplan funciones afines de Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social. Conforme a su nivel de titulación, centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud», (Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario de la Seguridad Social, 1984).

La consulta de enfermería supuso un cambio de rol de las enfermeras, pasando de ser auxiliares del médico a centrar su atención en la población. Aporta autonomía y un contacto directo con los pacientes. De este modo el ejercicio profesional puede ser reconocido en su contribución específica a la salud desde el cuidado.

Otro avance legislativo importante ocurre en el año 2001 con el Real Decreto de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería, publicado en el BOE el 19 de noviembre 2001. En él se definen los principios de calidad del ejercicio profesional y se identifican las cuatro funciones propias: asistencial, investigadora, docente y gestora, (Hernández Martín, 1997,30).

Pero es en 2003 cuando la profesión enfermera consigue el pleno reconocimiento como profesión sanitaria autónoma con la publicación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Esta Ley tiene como finalidad dotar al Sistema Sanitario de un marco legal que contemple: *“los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en la vertiente pública como en la privada, facilitando la responsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud”*, (BOE 44, 19 de noviembre 2003, Ley de ordenación de las Profesiones Sanitarias, LOPS).

En esta Ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria recoge como titulaciones del ámbito de la salud y que disponen de una organización colegial reconocida por los poderes públicos. Actualiza las competencias de enfermería en función de su formación universitaria. En su artículo II regula las especialidades en ciencias de la salud, (Ramió, 2005, 17 y 24).

Podemos decir que enfermería adquiere con esta ley el rango de autonomía mínimamente imprescindible para su reconocimiento profesional. Recordemos que la Ley de regulación de las competencias profesionales de las enfermeras y enfermeros anterior al 2003, es del año 1960, (2319/1960). Ley que regulaba la competencia profesional de los ATS, Practicantes, Comadronas y Enfermeras. En ella la enfermería depende jerárquicamente del estamento médico, su formación es impartida por médicos siguiendo contenidos específicamente médicos, la dirección de las escuelas recae en médicos y su desempeño laboral debe someterse a un férreo control de los médicos. La enfermería entonces tenía un papel subordinado y ejecutor de las órdenes médicas (auxiliar del médico).

Con la nueva regulación, la enfermería pasa de realizar funciones meramente delegadas por un profesional superior jerárquicamente a disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y método para llevar a cabo y modificar sus tareas. Afirmación que debemos matizar, ya que de ninguna manera significa que el trabajo que realiza la enfermería sea independiente o al margen de otros profesionales de la salud. Como sabemos, los servicios en la actualidad se organizan en equipos interdisciplinarios en los que cada categoría profesional aporta su nivel específico de competencia, pero es el conjunto de saberes y acciones en su complementariedad los que darán la verdadera y total dimensión al problema.

Los avances teóricos y técnicos en la actualidad no permiten que una sola disciplina pueda abarcar la totalidad del conocimiento para dar respuesta a la complejidad de las situaciones de salud. De modo que la enfermería en los equipos sanitarios asume labores independientes que, como hemos dicho, apoyadas en un cuerpo de conocimientos propio y mediante un proceso de base científica, realiza los cuidados necesarios en una determinada situación de salud. Pero no ha dejado de realizar los cuidados que tradicionalmente ha asumido en relación a los procesos patológicos. Esto es, ante un diagnóstico y un tratamiento médico, la enfermera observa, vigila y aplica el tratamiento prescrito, detecta complicaciones e interviene para evitarlas. En este ámbito, su autonomía es parcial y actúa en colaboración o en actividades interdependientes, aunque la responsabilidad por su actuación sea completamente de la propia enfermera.

2.2.2.5 Código deontológico enfermero

El último factor que contribuye en un proceso de profesionalización siguiendo las aportaciones de la corriente funcionalista (Wilenski, Hall, Moore, Etzioni...), es el establecimiento de un Código Ético. Desde otras perspectivas o escuelas lo denominan

orientación hacia la colectividad. Del profesional se espera que tenga una ética elevada, un compromiso y una responsabilidad hacia la sociedad en su conjunto y con cada uno de sus clientes en particular. El modo que tienen las profesiones de garantizar su cumplimiento es la elaboración de un código ético que en sí mismo es también un mecanismo de autocontrol, ya que determina lo que se puede hacer y lo que no está permitido, los valores y principios que se deben respetar, reafirmando la honradez y la integridad en las actuaciones profesionales.

Todo miembro de la profesión adquiere un compromiso de atenerse a las normas en él establecidas y de este modo acepta y se compromete a responder a la confianza que la sociedad ha depositado en la profesión. La enfermería española asumió el Código Internacional del CIE elaborado en 1973. Y la Organización Colegial Española elaboró su propio código en 1989. El Código Deontológico de la Enfermería Española⁵² fue aprobado por el Pleno del Consejo General de Enfermería mediante la Resolución nº 32/89, y actualizado y corregido en 1998, Resolución nº 2/98. Se trata de un código que como describe Quintarros (2012): *“es denso y preciso en la afirmación de valores y en defensa de los derechos de los enfermos, sin duda un documento no solo útil sino también dignificante, con el que la Organización Colegial se puso a la vanguardia del nivel de exigencia para sus propios profesionales”*, (Quintarros Domínguez, 2012, 185-187).

La enfermería ha ido alcanzando cada uno de los aspectos que definen una profesión, una ocupación muy antigua que adquiere categoría de profesión muy recientemente. Y como profesión joven participa de toda la problemática que analiza la sociología de las profesiones en relación al mercado laboral, al reconocimiento de sus servicios específicos, a los vínculos con el poder, la demanda de jurisdicción (Abbot, 1988)⁵³, de reconocimiento de estatus, de cohesión interna, de capacidad de organizarse y de movilización de sus miembros. Así como del proceso de burocratización propio de las empresas de servicios y la sanitaria lo es en especial.

Es innegable que en la última década se están sucediendo cambios trascendentales para la disciplina enfermera. Pero como muestran Errasti-Ibarrondo et al. (2012), en su estudio sobre la valoración social de la profesión, la población en general todavía no le reconoce un campo competencial propio, ignora la esencia y el foco de la disciplina, que es el cuidado de la persona, familia o comunidad. Con respecto a la autonomía e independencia de las enfermeras, constatan que se percibe como una profesión estrechamente relacionada con «tareas» y se confía en ella para las actividades que le han sido asociadas tradicionalmente y supeditada al médico. El público continúa percibiendo la

⁵² Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería (1989). Código deontológico de la enfermería española. Resolución no 32/89, del Consejo General de Enfermería, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio.

⁵³ Abbott A. (1988). *The System of Professions: An essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press. Citado por Ramio A. (2005). Tesis Doctoral. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera. Departamento de Sociologías y Análisis de las organizaciones. Facultad de Económicas y Empresariales de Barcelona, p 36

enfermería a través de estereotipos tradicionales, estrechamente vinculada al género femenino. En relación a la profesión médica en situación de inferioridad, una imagen reforzada en los medios de comunicación. Aunque también se van observando cambios progresivos hacia una percepción menos relacionada con la feminidad y más preparada que antaño, (Remírez et al. 2010, 15-18), (Martínez, 1996, 4-8), (Vázquez et al. 1997, 105-111), (Pedre et al. 2004, 32-33), (Fernández y Pérez, 2005, 98-101).

De la revisión de la literatura se siguen varias conclusiones: La población general identifica la enfermería con actividades técnicas, siendo las más relacionadas poner inyecciones, curar heridas, o ayudar al médico. Respecto a la formación aprecian una tendencia al cambio en la visión de la población española, pero hay gran disparidad de respuestas. Desde un desconocimiento generalizado sobre la formación que reciben las enfermeras. A quienes creen que la enfermería es un grado medio o formación profesional. Y también quienes reconocen la enfermería claramente como una carrera universitaria

Pueden parecer datos desalentadores, pero muestran cómo en pocos años la valoración social ha crecido notablemente. La sociedad tiene una buena opinión sobre la enfermería. La población tiene una actitud de respeto hacia la profesión y como carrera universitaria es vista como una opción positiva para los hijos. Asimismo, parece existir la creencia de que las enfermeras no gozan del estatus que tienen los médicos a nivel profesional, pero confían en sus conocimientos y en su trabajo.

Una noticia del Diario Enfermero de 29 de julio 2014⁵⁴ se hacía eco de un estudio realizado por estudiantes de enfermería de la Universidad Complutense de Madrid con la intención de averiguar qué conocimientos tienen los actuales estudiantes de Periodismo acerca de la labor enfermera. La investigación *“Imagen social de las enfermeras: percepción de los futuros periodistas”*, publicado en el número de julio y agosto de la revista Metas de enfermería, concluía que el 98,9% de los encuestados respondieron que las actividades que realiza el enfermero en el hospital son técnicas (sacar sangre, medir la tensión, poner sondas...), mientras que tan sólo el 29,1% cree que también desarrollan educación sanitaria, y más sorprendente es que el 15% de los estudiantes de periodismo no sabía que la enfermería es una carrera universitaria. Sin extendernos en los detalles del estudio, es ilustrativo de las dificultades que está teniendo la enfermería para visibilizar su labor. Como los mismos estudiantes concluyen: *“Si la enfermería ha dejado de ser una carrera estrictamente técnica pero esta es la percepción mayoritaria que se tiene de la profesión, hay algo en lo que estamos fallando”*, es preciso: *“acercarse a la población y reafirmarse como profesionales capacitados que tienen mucho que aportar a la sociedad”*, (Recuero Vázquez et al. 2014).

⁵⁴ Diario enfermero 29 julio 2014

http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=6700#.VBx4w6JSjMA

Por su lado las/los enfermeras/os identifican los problemas que les impiden su pleno desarrollo y obstaculizan el proceso de formación de una identidad profesional fuerte. Entre los más significativos están la falta de autonomía dentro del hospital en la planificación y ejecución de su trabajo, encontrando que en Atención Primaria la enfermería ha alcanzado mayor capacidad de autogestionar su trabajo y así dedicar una parte mayor de su tiempo a los cuidados que le son propios.

Destacan la discrepancia que existe entre el desarrollo de la disciplina a nivel teórico y las dificultades para expresarlo en la práctica clínica. Los estudiantes, durante su proceso educacional, adquieren unos valores profesionales que entran en conflicto con los valores del ambiente laboral (Ramió, 2005, 295-296). Si bien es cierto que la correspondencia entre las competencias que ofrecen las instituciones formativas y las que luego se delimitan en el ámbito laboral nunca son exactas, en el caso de la enfermería en el momento actual el desequilibrio es muy alto en determinados servicios. Y esto es así en la medida que la disciplina es joven, el modelo formativo reciente y la perspectiva de la enfermera como profesión autónoma no ha sido introyectada por determinados profesionales, que prefieren mantener el rol tradicional de sumisión profesional a la autoridad médica. Por tanto, en el momento actual no existe la uniformidad deseada con respecto a lo que las enfermeras entendemos que es nuestro objetivo profesional.

También se observa que no son sólo las propias enfermeras ancladas en el inmovilismo las que interfieren en el desarrollo de una identidad enfermera fuerte, el control y poder médicos se resisten a la participación de las enfermeras/os en las labores de planificación sanitaria, (Fajardo y Germán, 2004, 9-12). Otro factor que contribuye es la escasa cuota de presencia en altos cargos o en puestos de alta responsabilidad conseguida por el colectivo enfermero dentro del sistema sanitario (Domínguez Alcón 1990, 73). La situación de precariedad laboral, la sucesión de contratos de corta duración, dificultad para estabilizar el puesto de trabajo, salarios bajos, la dificultad de los turnos, horarios y sistemas de trabajo, sin duda contribuyen negativamente en el proceso de profesionalización, (Prieto, 2002, 62-65).

Como vemos, Enfermería es una profesión joven pero con mucha historia, historia que pesa y condiciona su presente. Pero ¿cómo se explica que otras profesiones mucho más recientes en su proceso de institucionalización (acceso a la universidad, catalogación de puestos de trabajo específicos...), crezcan a un ritmo más rápido? Por ejemplo titulaciones como Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Terapia Ocupacional, Audición y lenguaje, (Andrade y Viana, 2008, 9).

Siguiendo a Domínguez Alcón (1979, 103-129) y Burgos Moreno (2009), estos factores históricos se pueden concretar en la marcada dependencia médica tanto en la formación como en la asistencia, desde los inicios de la profesión (con Nightingale). También en la vinculación a una ocupación vocacional impregnada de caridad cristiana y sin remuneración económica, realizada durante siglos fundamentalmente por personas religiosas. Y sin duda el factor determinante es la tradicional imagen de la enfermería

asociada a la condición femenina y ésta a unos valores de maternidad, altruismo, ternura, sumisión, obediencia, entrega, prudencia y vinculada a la vocación de cuidadora en el rol tradicional de la mujer en la distribución del trabajo.

Enfermería sigue siendo una profesión eminentemente femenina en un 84.3%⁵⁵. Aunque en los últimos años se aprecia una tendencia a que los varones se incorporen en mayor medida a la formación. El género influye directamente en la profesión, por asociarse los cuidados no técnicos con las labores femeninas por naturaleza. Son labores que el contexto social tiende a devaluar en su apreciación económica. Se entienden como un consumo a relegar al ámbito de lo privado. La literatura especializada lo ha denominado “*cuidados invisibles*”, (Ramio, 2005, 301).

En este sentido son ilustrativas las palabras de Alberdi (2001), al señalar que una de las principales dificultades que las enfermeras han debido afrontar para conseguir la plena profesionalización, ha radicado en la naturaleza de su objetivo profesional: el cuidado. “*Ello es así, por la naturaleza indeterminada e intangible del mismo, tiene lugar en la parte menos amable de las situaciones personales. Aquella que tiene que ver con la dependencia en relación a las necesidades básicas y que tiende a olvidarse cuando la persona recupera su autonomía*”, (Alberdi 2001, 67). Continúa argumentando en torno a la persistencia de un modelo sanitario orientado fundamentalmente a la enfermedad y que se desarrolla bajo el paradigma biologicista, muy alejado de una concepción holística de la persona que permita la prestación integral de cuidados enfermeros, (Alberdi, 2001, 67-74).

Curiosamente, los cargos que la representan son masculinos en una aplastante mayoría. Ya Zapico Yáñez (2005, 118) en su tesis “*Avances en la práctica de la profesión enfermera*”, observaba que los hombres ocupan mayoritariamente los puestos de administración y de mayor prestigio. No disponemos de datos actuales que muestren la distribución de género según los puestos de responsabilidad y representación, pero podemos afirmar que los representantes de los Colegios Profesionales son mayoritariamente varones, el presidente del Consejo General de Enfermería y del Sindicato SATSE son hombres. Y como ejemplo ilustrativo tenemos la sala de juntas del Colegio de Enfermería de Zaragoza, en cuyas paredes aparecen los retratos de todos los presidentes desde su fundación, son 8 venerables varones, imagen que sorprende a todo aquel que tiene mínima sensibilidad ante la igualdad de género, y más en una profesión eminentemente femenina, hasta ahora.

Como vemos, en los últimos treinta años, la profesión enfermera ha encontrado un reconocimiento y valoración social de su cometido en la prestación de cuidados y en la contribución a proporcionar una atención sanitaria de calidad, muy paralelamente al

⁵⁵ Según datos del Instituto Nacional de Estadística de 2013, 15,7% varones, 84,3% mujeres. Citado por: Bernalte Martí, V. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Revista Global de enfermería*, nº 37 Enero 2015, 328

desarrollo científico de la disciplina y al activismo de los propios enfermeros. Pero también otros factores externos a la profesión (sociales, políticos y culturales) han sido determinantes para el desarrollo de la enfermería, como el avance que tiene la mujer en la sociedad, la fuerza del movimiento de la Atención Primaria, la cultura de la calidad en las instituciones de salud y la necesidad de homologar condiciones para la práctica profesional de Enfermería y de acreditación de programas de enseñanza (Espacio Europeo de Educación Superior). Otros factores externos por el contrario, crean importantes trabas conceptuales, estructurales, organizativas, de reparto de poder y responsabilidad, que limitan las posibilidades de desarrollo práctico del saber enfermero en su totalidad hacia la prestación de cuidados integrales, (Alberdi, 2001, 67-74).

La enfermería como profesión sanitaria participa de los fuertes procesos de cambio de los servicios sanitarios. Éstos se pueden sintetizar en tres aspectos generales: (a) el importante avance científico técnico, (b) los cambios sociológicos y demográficos y (c) los nuevos modelos de gestión. Los centros sanitarios públicos se encuentran en un proceso continuo de adaptación. El desarrollo de las ciencias de la salud y de las tecnologías abre nuevas posibilidades de intervención (prevención, diagnóstico y tratamiento) y también mayor complejidad en la asistencia. El propio desarrollo social, económico y cultural de las sociedades avanzadas, conlleva un incremento espectacular de las demandas sanitarias más especializadas y también a la necesidad de una formación cada vez más específica, la especialización.

La multiplicación de las especialidades médicas se inicia en los años 70, llegando en la actualidad a más de 50. Las de enfermería han empezado su desarrollo efectivo a partir de 2005 con la publicación del Decreto de Especialidades de Enfermería. Al mismo tiempo, y atendiendo al modelo comunitario y de salud pública y la organización asistencial, basada en equipos multidisciplinares, se va dando entrada en los servicios sanitarios a otras profesiones: Psicología Clínica, Terapeutas Ocupacionales, Trabajo social.

Este cambio de modelo asistencial no es integrado fácilmente por las profesiones tradicionales que ven peligrar su estatus, apareciendo en la práctica rivalidades que degeneran en “corporativismo”. Corporativismo que si hemos de seguir el diccionario se ha de entender como: “*Tendencia de un grupo de personas que pertenecen a una misma profesión a defender o extender sus intereses y derechos particulares sobre los generales*”. Esto es, relegar la “solidaridad universal” por la “solidaridad grupal”. El corporativismo se observa en la defensa de unos espacios competenciales que excluyen a profesiones afines de funciones que deben ser comunes, impidiendo el trabajo en equipo, o protegiendo a individuos profesionales que no cumplen los “*mínimos niveles de calidad profesional*”, (Cortina y Conill, 2000).

Por su lado los servicios sanitarios deben adaptarse a los cambios sociales, económicos y culturales de las sociedades avanzadas. Junto a la velocidad del progreso científico y tecnológico, destacamos el aumento de la longevidad y el descenso de la

natalidad, que produce un envejecimiento de la población. Esto junto a los inadecuados hábitos de vida, ha incrementado la prevalencia de las enfermedades crónicas y del patrón del paciente pluripatológico. Otros aspectos que contribuyen a la necesidad de adaptación son la inmigración, la creciente judicialización de la medicina, la globalización de la economía y la movilidad de los profesionales sanitarios entre países. Además los ciudadanos ya no son receptores pasivos de asistencia. Están cada vez más informados en lo que refiere a su salud. Exigen una participación mayor en las decisiones que le conciernen. Factores que, como decimos, han condicionado una mayor complejidad en la asistencia y un incremento espectacular de las demandas sanitarias más especializadas e, ineludiblemente, un incremento constante de los costes sanitarios.

Las diferentes crisis económicas y las dificultades para afrontar los crecientes gastos sanitarios condujeron a replantear la gestión sanitaria introduciendo criterios de eficiencia y rentabilidad económica. Los diferentes gobiernos han primado en las necesarias reformas los parámetros propios del neoliberalismo. Esto supone introducir en el Sistema Nacional de Salud instrumentos de mercado, emplear elementos de gestión empresarial, decisiones orientadas por resultados, competitividad, orientación al cliente y el llamado mercado interno (centros que compiten entre sí). En España se inicia este debate en los años 90 con el denominado Informe Abril Martorel (1991).⁵⁶ Fruto de sus propuestas se instaura la cartera de servicios y los contratos programa como instrumentos de gestión, tanto en hospitales como en Atención Primaria. Y aparecen las Fundaciones y Empresas sanitarias públicas y Consorcios. Lo que se justifica en la necesidad de acabar con la rigidez y burocracia de los centros públicos y transformarlos en empresas de gestión autónoma, persiguiéndose una mejora en la calidad, en la rentabilidad y en la satisfacción de los profesionales y los ahora clientes.

Los resultados no parecen ser los esperados, como detallan Del Pozo y Sánchez Bayle (2008, 134-142) en su estudio "*Los profesionales de la salud en España*": Los centros de gestión privada tienen menos camas por habitante, menos personal de todas las categorías. Se realizan menos intervenciones quirúrgicas y consultas. Tienen mayor demora media. Las retribuciones son menores que en el sistema de gestión público, exceptuando en el caso de los médicos. El personal está más descontento y se observan deficiencias en la transparencia económica.

Los cambios en los modelos de gestión afectan inevitablemente a la calidad de las prestaciones, a la satisfacción de los pacientes y también a la práctica profesional. Aun siendo conscientes de la necesaria contención de gastos y de un modelo de gestión eficiente, un modelo que pretenda basar toda su política en factores economicistas y en las exigencias del mercado, resulta contradictorio con los fundamentos éticos profesionales y también con la filosofía de la salud pública. Y esto es así en la medida que en un contexto de mercado sanitario se priorizan los aspectos reparadores en salud, es decir la

⁵⁶ Informe Abril (1991). Disponible en: <http://www.consorci.org/accesos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articulos-i-publicacions-d2019interes/resumen%20informe%20abril.pdf>

curación del proceso agudo. La prevención, la atención integral y la consideración de los aspectos psicosociales, tienen muy poco espacio en la rentabilidad cortoplacista del sistema. De modo que los profesionales pierden autonomía profesional al estar sometidos a unos ratios de rendimiento y cargas de trabajo que no les permiten realizar su labor de acuerdo a sus parámetros disciplinarios.

Es este contexto el que produce lo que en el ámbito de la sociología de las profesiones se denomina desprofesionalización y burocratización. Este fenómeno se estudia cómo algo común a todas las profesiones de servicio pero especialmente significativo en la profesión médica.

En nuestro país los médicos pasaron de detentar el máximo poder en las instituciones sanitarias a ser unos asalariados. Este proceso se inicia con la Ley de Hospitales de 1962 (Ley 37/1962, de 21 de julio BOE 175), que introduce la gerencia profesionalizada al frente del hospital, no necesariamente médica. La nueva organización estaba compuesta por la Junta de Gobierno del hospital, formada mayoritariamente por representantes de la administración, y la Junta Facultativa formada mayoritariamente por médicos del hospital, con labores de asesoramiento a la Dirección.

Otro momento legislativo importante en este sentido es el desarrollo del Real Decreto 1872/1971, de 23 julio “de prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los Servicios Médicos de la Seguridad Social”, que en su artículo 26 instaura los servicios jerarquizados: “*Los cometidos y actuación del personal que integre las Instituciones o Servicios jerarquizados quedarán definidos por las exigencias de la ordenación funcional de la asistencia*”. [...] “*Los facultativos integrados quedan obligados a las normas contenidas en los Reglamentos de la Institución respectiva, muy especialmente en todo lo relativo a la coordinación que hayan de mantener en el desenvolvimiento de sus actividades*”. De modo que los médicos cambian su relación contractual con las instituciones sanitarias, y como empleados quedan sometidos a las correspondientes reglas. Son los gestores quienes toman las riendas de muchos aspectos que antes solo dependían de la dirección médica:

«Las decisiones sobre adquisición y distribución de recursos empezaron a ser cuestión de expertos, dotados de nuevas herramientas para la evaluación del rendimiento de los recursos, para determinar las retribuciones a los profesionales o para desarrollar los incentivos necesarios para obtener un alineamiento de las expectativas médicas con las necesidades organizacionales. [...]. Enfoque neoburocrático que se sustenta en evaluaciones formalizadas de las necesidades de los pacientes; análisis microeconómicos explícitos, la acumulación de evidencias científicas y su implementación mediante reglas burocráticas; y una creciente regulación externa», (Hernández Yáñez, 2012, 10).

Resulta elocuente como este mismo autor describe este proceso visto desde la perspectiva médica:

«Existe bastante consenso acerca de que, como consecuencia de estas dinámicas, los profesionales sanitarios, en general, se sienten maltratados, controlados, amenazados en su identidad y desprotegidos y, por añadidura, son una plétora, pues ser profesional ya no es un rasgo distintivo, en el sentido de superioridad intelectual que convoca un respeto adicional. En esta sociedad de profesionales se es-

tá devaluando el sentido moral y práctico de la profesionalidad, ya que es un mundo dominado por organizaciones cuyo principal empeño es estandarizar las prácticas, evaluar los rendimientos, disciplinar las conductas, distinguir el trigo (técnica) de la paja (arte). La gran paradoja que podemos analizar es una sociedad cada vez más profesionalizada con profesionales cada vez más ‘desprofesionalizados’, al menos a la luz del concepto tradicional de profesionalismo. De manera har-to elocuente, se ha descrito a los médicos, aún el centro del subsistema profesional sanitario, como “héroes derrotados en un paraíso perdido”», (Hernández Yáñez, 2012, 5).

La consecuencia inmediata es que se reducen distancias entre los profesionales médicos y el resto de profesionales sanitarios que ahora empiezan a tener intereses comunes. La estructura de poder ha cambiado y a nivel laboral se erige la administración frente a los profesionales que pueden unir sus fuerzas en cuestiones laborales, pero también entran en colisión por espacios competenciales.

De este modo se reafirman los Colegios Profesionales como instrumentos de defensa corporativa y toman fuerza los Sindicatos corporativos. Acontecimientos tales como “la rebelión de las batas blancas” y la emergencia de huelgas sanitarias confirma la actualidad de este tipo de conflicto organizativo, (Rodríguez y Guillén, 1992, 16).

Los conflictos vienen determinados por una lucha de poder que enfrenta a las organizaciones y a los profesionales. Colisión en la que pueden intervenir factores ideológicos en torno a los modelos asistenciales, factores sociales como el mantenimiento del Estado de bienestar y las políticas sanitarias públicas que chocan con intereses empresariales (que encuentran en la sanidad un buen negocio). Y asimismo factores económicos, laborales o de defensa de la autonomía. En definitiva, nos remitimos a las teorías sociológicas que sitúan las dinámicas del poder como la pieza clave en los nuevos estudios sobre profesiones, las relaciones entre profesiones y élites económicas y el Estado, la relación de la profesión con el mercado y el sistema de clases... Tal y como han tratado autores como Freidson, Illich, Ehrenreich, Johnson, Perkin, Derber, Larson, Starr, Brint, (Rodríguez y Guillén, 1992, 13-44).

Por otro lado aparece la conflictividad vinculada a los espacios competenciales de las diferentes profesiones. Los cambios en los mapas competenciales son lentos y no se producen sin resistencias. Todas las profesiones son reacias a ceder competencias, funciones o tareas y observan con rigor que las profesiones cercanas no se extralimiten en sus funciones invadiendo territorios ajenos. Con frecuencia estas dinámicas son fruto de la estricta compartimentación de trabajo y las dificultades para incorporar la filosofía del trabajo en equipo.

Este dilema es típico entre médicos y enfermeras, las que a juicio de los médicos amplían sus competencias en base a “robárselas” a la profesión médica, como señala Hernández Yáñez (2012, 14). Hay otra perspectiva, la enfermería toma las riendas de los aspectos sanitarios que completan la necesaria atención integral del individuo y no solo el proceso de enfermar. Atiende los aspectos preventivos, los cuidados de las patologías crónicas y todos los aspectos vinculados con una mejora de la calidad de vida. Aspectos nunca rechazados por la profesión médica pero que por su formación muy

centrada en lo biológico y la importante presión asistencial difícilmente han podido abordar.

En efecto, no es fácil enfrentarse al poder médico, y me refiero a los órganos representativos que con sus fuertes corporaciones institucionales defienden sus supuestos privilegios. Como hace notar Hernández Yáñez (2012, 18-19), la regulación de nuevas competencias en enfermería se limita con frecuencia a dar legalidad a realidades consolidadas, a menudo introducidas por necesidades de los servicios ante la falta de médicos, ejemplo de esto son las consultas de enfermería y la prescripción enfermera.

Esta tensión que aparece en el nivel institucional (Medicina y Enfermería) no se refleja en igual medida en el nivel funcional. En las tareas asistenciales las relaciones entre médicos y enfermeras son generalmente de colaboración. La asunción de las nuevas competencias enfermeras es una realidad consolidada y bien aceptada por los médicos, al constatar un avance en la calidad en la asistencia y en la seguridad de la atención clínica, permitiéndoles al mismo tiempo asumir otras exigencias más acordes a su cualificación.

No podemos terminar esta somera revisión de la enfermería en tanto se ha construido como profesión sin al menos nombrar el reciente, y todavía muy en mantillas, proceso de especialización de la enfermería.

Las especialidades enfermeras suponen el desarrollo del Título II de la Ley 4/2003 sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias. El objetivo de la especialización en enfermería responde a la necesidad de una formación cada vez más específica ante la creciente complejidad de la atención sanitaria y de las técnicas y los cuidados precisos. No es posible que cualquier enfermera disponga de todo el conocimiento en profundidad de todos los ámbitos de su disciplina, como tampoco sucede con los médicos.

La teoría de la especialización habla de dos objetivos: (i) la adquisición de mayores conocimientos, profundizando en áreas concretas que en una carrera solo se pueden abordar de una forma general y (ii) un mayor compromiso y responsabilidad en la medida que se incrementa la exigencia de excelencia profesional, (Del Pozo y Sánchez Bayle, 2008, 83-89).

En España la primera especialidad enfermera se aprueba de forma oficial en 1954, pero no es hasta 2005 con Real Decreto de Especialidades de enfermería cuando las especialidades toman carta de naturaleza. Su desarrollo se abordará en profundidad en el capítulo correspondiente, ya que la especialización de la enfermera de salud mental se produce simultáneamente a la reforma psiquiátrica y ambos temas son clave en este trabajo.

2.3 Antecedentes a la reforma

2.3.1 La respuesta asistencial a la enfermedad mental en la historia de España

Para interpretar con suficientes elementos de juicio la Reforma Psiquiátrica española y la evolución de los cuidados enfermeros a lo largo de ella, resulta imprescindible el conocimiento previo, tanto de la situación asistencial de los enfermos mentales existente a su comienzo, como las circunstancias históricas que habían contribuido a condicionarla. Hemos de tener en cuenta, que dicha situación estaba configurada y mantenida por estructuras institucionales constituidas a lo largo de muchísimos años y sobre un marco ideológico y legal firmemente instituido. Lo cual, obviamente, determinaba potentes inercias y resistencias al cambio, en su mayor parte coincidentes con los intereses económicos y políticos del momento.

Este es un repaso histórico de los determinantes y la situación inicial todo ello, comenzando en un primer hecho diferencial respecto a los países de nuestro entorno: la herencia árabe en nuestro país, puesto que a pesar de que su trascendencia posterior sea una cuestión de difícil valoración, es razonable suponerle algún grado de importancia.

Gran parte del territorio de la Península Ibérica llegó a ser islámico, desarrollando una cultura bastante avanzada intelectualmente, lo que sin duda aportó interesantes beneficios en numerosas facetas sociales, entre ellas la enfermedad mental. Sabemos que desde el siglo VIII en la cultura islámica el tratamiento a lo que hoy llamamos enfermos mentales ya se realizaba en auténticas instituciones médicas. De hecho, existen datos de que en 1367 Mohamed V fundó un hospicio específico para locos en Granada, lo que establece que las primeras instituciones dedicadas en nuestro país a su acogida fueron propiciadas por el islam. Tales centros fueron transformados en asilos tras la reconquista y a partir del siglo XV las instituciones que se fueron creando siguieron ese modelo.

Es el comienzo de un nuevo periodo histórico radicalmente distinto. A lo largo del siglo XV y, sobre todo a su final, se produjo la unificación del territorio y comenzó a aparecer documentación escrita acerca de cómo vivían los locos y, de la respuesta social que recibían. Conocemos que, coincidiendo con un aumento de la población, se produjeron significativas transformaciones sociales que se traducen en la implantación de una economía de mercado, y nuevos núcleos urbanos. Ello marcó el inicio de una incipiente sociedad burguesa de corte primitivamente capitalista.

En ese nuevo orden social las familias modificaron su organización y función tradicional. A menudo no estaban dispuestas a mantener a sus enfermos y esto hace que se abandonen en la calle, proliferando en las ciudades la indigencia. Las clases acomodadas, preocupadas por la consolidación de sus privilegios, consideraron una amenaza la extensión de la mendicidad. De la solidaridad individual o más bien de la obligación

religiosa de socorrer a los pobres se pasó a considerarlos un riesgo. Por su número que no dejaba de crecer, como por los problemas de orden público que se generaban. Dicho conjunto de circunstancias hicieron que socialmente se llegase a considerar necesaria la fundación de asilos y hospitales.

La asistencia a los enfermos no se planteó como deber social sometido a derecho. Los nuevos servicios o instituciones surgen de una actitud filantrópica vinculada al sentido de caridad cristiana, fruto de donaciones de particulares y en función de simpatías por determinadas clases de personas, sin tener en cuenta las necesidades reales y sin inspección ni normas. En estas condiciones durante todo el siglo XV, proliferaron numerosos hospitales urbanos llegando a ser muy visible la situación de caos en cuanto a sus diferentes dependencias, así como las pobres condiciones asistenciales que se ofrecían, (Ventosa Esquilnaldo, 2000, 14).

La noticia más temprana que acredita que los locos eran atendidos en un hospital es en el Hospital d'En Colón 1375-1401, éste no era un hospital monográfico. Eran asistidos todo tipo de enfermos entre ellos los entonces llamados "orates", pero también se atendían, niños, huérfanos, peregrinos e indigentes de toda condición, (Ventosa Esquilnaldo, 2000, 17).

El que se ha considerado el primer manicomio del mundo (solo destinado a "orates, inocentes y foll's") es fundado en 1409 en Valencia por el padre Joan Gilabert Jofré. Tras un sermón en que el que exhortaba a la población a hacerse cargo de los locos que andaban por las calles, Lorenzo Salomé junto con diez mercaderes más se comprometieron a fundar y mantener un hospital. En dicho centro se llevó a la práctica lo que Jofré había aprendido sobre el tratamiento que los árabes daban a los enfermos mentales en sus viajes por África, en cuya cultura eran considerados elegidos o iluminados por Dios, (Nogales, 2001, 9).

En 1425 el rey Alfonso V fundó el Hospital general de Zaragoza. El hospital de Sevilla fue fundado en 1436. El de Mallorca en 1456, siguiéndole Toledo 1480, Valladolid en 1489, Granada en 1527 y Sevilla 1546. Todos ellos poseían la particularidad, a diferencia de las instituciones que surgían en otros países, de que los departamentos para locos formaban parte del hospital general, lo que favorecía que se les concediera un estatus de enfermo incluyendo su potencial curabilidad. Curabilidad que, como señala Ventosa Esquilnaldo (2002, 12), "*más dependía del carácter cíclico de la enfermedad, que de factores terapéuticos, ya que como ahora sabemos algunas enfermedades mentales atraviesan periodos en los parece haber desaparecido.*"

Como vemos en nuestro país desde épocas muy tempranas se crearon dependencias específicas para los locos, a menudo dependencias anexas a los hospitales, lo que tardará en ocurrir en el resto de países europeos (Espinosa Iborra, 1980,111). Tan temprana preocupación por la asistencia a los enfermos mentales ha sido explicada por Barrios Flores (2002) de dos formas:

«Se ha querido ver la influencia benéfica de la civilización árabe en lo que al tratamiento de la locura respecta. A diferencia de los pueblos occidentales, para quienes los locos eran "poseos", los pueblos orientales percibirían la locura como resultado de una "visita divina". De este modo los frailes de la Merced, en contacto con los musulmanes por su labor de rescate de presos asimilarían tal tradición, que incluso pretende remontarse al siglo VII, según el testimonio dado por León el Africano. Por otro lado, no faltan autores que no dudan en residenciar en la caridad cristiana el origen de tan humanitario trato. Por eso se dice que "el hospital ha sido una consecuencia práctica de una idea religiosa, sin la cual la Medicina no sería hoy lo que es", pues en aquel tiempo frente a la locura cabían dos tratamientos antitéticos: "la Iglesia empleaba los medios suaves del exorcismo; el Estado los conducía a la hoguera», (Barrios Flores, 2002, 6).

En este periodo las instituciones dedicadas a los enfermos mentales se llamaban "casa de inocentes" lo que, siguiendo a Ventosa Esquinaldo (2000), debe considerarse como una denominación que refleja el sentido protector, de tutela y caritativo hacia el enfermo mental. Lo cierto es que estos servicios no eran atendidos por el Estado ni por ninguna corporación oficial. Los cuidados estaban en manos de religiosos, que los mantenían con a la caridad de determinados ciudadanos, que por su deber de ser misericordiosos aportaban o incluso legaban todo o parte de su patrimonio a la fundación de nuevos hospitales, (Ventosa Esquinaldo, 2000, 13).

Entre las figuras que atendían estas instituciones destaca la figura del clavario o el "padre de los locos", denominación que tiene analogía con las pre-existentes figuras del "padre de huérfanos" o "padre de pobres". Como describe González Duro (1994, 32-33), el "clavario" asumía dos funciones: en lo externo, desempeñaba una labor de policía sanitaria (recogida de locos por la ciudad) y, en lo interno, asumía la función disciplinaria. El trato en principio era correcto, pero solo si se cumplían las obligaciones de régimen interior, de lo contrario la respuesta institucional era el castigo corporal, la colocación de grilletes o el encerramiento en jaulas o gaviotas era. Todo dependía de las órdenes dadas por el clavario (también llamado en otras zonas, hospitaler).

El siglo XVI es el siglo del Renacimiento, en el que una nueva concepción del hombre y de la naturaleza orienta hacia una sociedad más humanista. Se produce un renacer de las ciencias y la cultura e importantes avances tecnológicos en todo el continente europeo. Nuestro país, como veremos, aunque con sus particularidades y retrasos también participó de este proceso histórico. La vida en las ciudades giraba en torno a cofradías, hermandades y gremios, forma de sociabilidad basada en aspectos religiosos pero también con importante componente práctico, la defensa de intereses profesionales y de asistencia mediante la ayuda mutua.

Como señala Ventosa Esquinaldo (2000,42), aunque no se terminó con la clásica tendencia a la perspectiva supersticiosa, si aparece un interés creciente por la racionalidad, la búsqueda de la verdad objetiva y un incremento del saber científico, filosófico, político y artístico. Interés que se tradujo en la producción de conocimiento, incluido el conocimiento sobre las alteraciones mentales, ejemplos de esto fueron la obra de Gaspar Torrella (1505), "*Consilium de agritudine pestífera et contagiosa ovina cognimínada super cognita quan hispani modorrillam vocant*", Cristóbal de Vega describe la manía,

Francisco Valles explica la demencia, Miguel Sabuco en su obra “*Nueva filosofía de la naturaleza del hombre*”, sitúa el origen de las enfermedades mentales en aspectos afectivos y sugiere remedios de carácter psicológico (música, aire libre, ejercicio corporal y consideraciones religiosas y morales), (Batllori, 1987).⁵⁷

Por su lado, Luis Vives contribuyó con su obra en la difusión de una concepción de la enfermedad mental como un problema médico, cuestionando el origen demoníaco de la enfermedad mental y aconsejando que los enfermos sean tratados por médicos (con una actitud humanista) y no por sacerdotes. Ideas que tendrán reconocimiento oficial y repercusión internacional.

En 1540 Carlos V promulgó una ley que afectaría notablemente a la atención que hasta entonces se daba a los enfermos mentales, estipulando que los pueblos han de procurar reducir sus hospitales y unificarlos en uno solo, que será el hospital general de la zona. De este modo muchos de los numerosos, pequeños, caóticos y dispersos hospitales cerraron sus puertas, y sus habitantes fueron trasladados a los departamentos de los nuevos hospitales generales.

Los grandes hospitales generales creados reflejaban la visión renacentista del hospital, en la que destaca, asociada a su nueva arquitectura, la centralización de la atención y la búsqueda de una mejora en la asistencia. Dejaron de construirse instituciones específicas para los enfermos mentales. Serán atendidos en su correspondiente departamento del hospital general, (Ventosa Esquinaldo 2000, 33).

Otro artículo de la norma dictada por Carlos V es la prohibición de pedir limosna en las calles. Práctica que no dejaba de crecer y bajo el criterio de que la mendicidad era una salida fácil para holgazanes y potenciaba el analfabetismo. De este modo se hacía una exaltación del trabajo y se obligaba a la asistencia escolar de los niños.

Estas medidas recogen en gran parte las propuestas de Luis Vives en su obra “*El socorro de pobres*” (1526), en la que solicitaba que se suprimiese por decreto la mendicidad y establece las normas concretas por las que deben regirse los establecimientos de la beneficencia. Entre sus sugerencias destaca la necesidad de que desde el gobierno se controlen o inspeccionen regularmente los hospitales, el destino de sus rentas, el trato que reciben los internos. También propone que el gobierno se haga cargo de las situaciones de pobreza y discapacidad de la población en general, acogiendo a estas personas en los hospitales y siendo mantenidos por el municipio.

⁵⁷ Batllori (1987). Humanismo y renacimiento citado por Ventosa Esquinaldo (2000). Cuidados psiquiátricos de Enfermería en España (siglos XV al XX): Una aproximación histórica, Ed. Díaz Santos, p. 43

Las instituciones hospitalarias son definidas por Vives como:

«...lugares de beneficencia donde los enfermos son atendidos y curados, reciben sustento un cierto número de indigentes, donde son acogidos, para su educación, niños y niñas, donde se procede a la crianza de los niños expósitos, donde quedan recluidos los locos y hallan albergue los ciegos».⁵⁸

Estimaba que los mendigos era un peligro para la paz pública por lo que había que proporcionar ocupación a toda persona ociosa, instruirle en lo preciso y siempre emplearlo según sus posibilidades. De este modo quedó generalizada la encomienda de acoger a los enfermos mentales en las casas de locos y allí hacerles trabajar. Si eran hombres en la granja, en el jardín, en la limpieza y en los servicios, y si eran mujeres, cosiendo, tejiendo o confeccionando vestidos. Se trataba siempre de evitar la inactividad, porque según se creía, la permanente ociosidad podía perturbarlos más, fomentándoles el vicio y los malos hábitos.

La ley dictada por Carlos V en 1540, siguió siendo la base de la política con Felipe II pero progresivamente fue desvirtuada quedando prácticamente sin efecto. Las condiciones de los hospitales se deterioraron llegando al abandono y trato inhumano. Con Felipe II en 1559 se promulgó otra ley que daba cuenta de la conservadora política del momento y el temor a la apertura a nuevas mentalidades. En ella se castiga a quienes vayan a estudiar en universidades fuera “de nuestros reinos”, contemplando además de las penas la no consideración de sus estudios en el territorio.

De esta época data la obra de Juan de Dios que después de una vida aventurera, llegó a Granada donde se hizo pasar por loco y así ser ingresado en el hospital general. Allí conoció los horrores del trato que recibían los locos y como describe Ventosa Esquinaldo (2000), a su salida, dedicó su vida a socorrer a los enfermos y reformar la asistencia que se les prestaba. El mismo organizaba locales donde asistirlos, encontrando pronto apoyos caritativos como una casa donde poder atenderlos mejor. Introdujo novedades técnicas en la organización y cuidados, subdividió por enfermedades las salas y también daba un trato humano y comprensivo. A los 35 años de su muerte sus seguidores constituyeron una congregación, que en 1587 ya tenía 17 hospitales en España, 5 en Italia y 3 en América. Juan de Dios fue luego nombrado santo y patrón de la enfermería española, (Ventosa Esquinaldo, 2000, 51-58).

En el siglo XVII España se incorpora a la edad moderna contando con tres instituciones específicas para el tratamiento de “locos e inocentes” (Sevilla, Toledo y Valladolid) y siete hospitales generales con departamentos para dementes (Barcelona, Zaragoza, Valencia, Palma de Mallorca, Lérida, Granada y Córdoba). Lo que le confiere una situación diferencial respecto a lo ocurrido en el resto del continente europeo, donde no se crearán apenas instituciones especiales para enfermos mentales hasta finales del siglo

⁵⁸ Obras completas de Juan Luis Vives (1947). Traducido por Lorenzo River. Citado por Ventosa Esquinaldo (2000), p. 48-49

XVIII, por lo que según Pileño Martínez et al. (2003, 32), el número de enfermos mentales internados en otros países es escaso comparado con España.

Al estar los asilos para locos adosados a hospitales generales, los ingresos ya se hacían bajo reconocimiento y con certificado médico. En todos los reglamentos hospitalarios de la época, se consideraba al loco del mismo modo que los demás enfermos y se hacía constar la obligatoriedad de las visitas médicas. El uso de la terapia por el trabajo estaba generalizado y la situación asistencial era notablemente mejor que en el resto de Europa.

Pero estas condiciones, que de entrada parecen ventajosas, acabaron topando con un periodo histórico de empobrecimiento del país. El siglo XVII fue una época difícil para la población, las epidemias se hicieron constantes y más mortíferas, la sucesión de guerras mermaron la población, a lo que hay que añadir una difícil situación económica con una inflación que en 1680 paralizó el comercio, la población no podía pagar impuesto, se recuperó el trueque... Así grandes grupos de jornaleros marcharon a las ciudades buscando oportunidades que tampoco encontraron.

En 1750, de los siete millones y medio de habitantes que habitaban en España, dos millones eran pobres. Para evitar la delincuencia y controlar a estas poblaciones marginales y de paso aprovechar la fuerza productiva de los que estuvieran en condiciones de hacer algún trabajo, entre 1719 y 1798 se decretaron setenta Órdenes o Cédulas Reales dirigidas a recoger a los pobres y vagabundos y situarlos en diferentes instituciones: el ejército, las cárceles, las minas, los arsenales, las obras públicas o las casas de misericordia, los hospicios de nueva creación y los hospitales en caso de impedimento físico o enfermedad, (Aztarin Díez, 2005, 68).

Aztazain continúa describiendo la situación histórica refiriendo como en 1766 el motín de Esquilache evidenció la urgente necesidad de construir más hospicios. Los internamientos por iniciativa familiar y de forma represiva por orden gubernativa, se incrementaron sustancialmente, tanto la pobreza como cualquier diferencia se consideraba un peligro social.

De modo que los hospicios proliferaron, en 1789 existían ciento dos en toda España, con once mil setecientos ochenta y nueve personas internadas (Aztarin Díez, 2005, 68). De modo que los asilos se fueron convirtiendo en grandes almacenes de locos, hombres por un lado y mujeres por otro, confinados entre sus paredes, hacinados y totalmente aislados del exterior ya que una nueva orden gubernativa prohibió la mendicidad, lo que terminó con la tradicional salida de los locos para pedir limosna.

La documentación dejada sobre los cuidados en los manicomios de este periodo es variable y discontinua como señala Ventosa Esquinaldo (2000, 72), pero supone un salto cualitativo en cuanto al detalle de la información que aportan, podemos encontrar datos en la literatura como en la obra de Lope de Vega "*los locos de Valencia*" (1620), "*El Quijote*" de Avellaneda (1614), "*El hospital de los locos*" de Valdivieso (1622). Y

también en los reglamentos que fueron desarrollándose en cada centro. Estos reglamentos se denominan “constituciones”, “Ordinaciones” u “obras Pías” y su objeto era establecer la normativa para la organización tanto de trabajadores como de enfermos, explicitan cómo se estructuraba la asistencia en los departamentos para locos, las funciones de los diferentes profesionales, los cuidados que prodigaban, cantidad de alimentos, modo de aseo y también y fundamentalmente los medios para hacer cumplir la disciplina, (Ventosa Esquinaldo 2000, 72-85).

Ventosa Esquinaldo(2000) en la obra “*Cuidados psiquiátricos de enfermería en España, siglos XV al XX*”, ofrece un relato de los artículos que sirven de reflejo de la situación de las instituciones del momento, destacando “*La Constitución para el gobierno del hospital de San Cosme y San Damián*” (1700), “*La Constitución para el gobierno del hospital de la Santa Cruz de Barcelona*” del año 1756, la del Hospital General de Valencia (1785), del Hospital de la pasión de Madrid (1760), Ordinaciones del Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza (1755 y 1767).

Para Ventosa Esquinaldo (2000), la información que aportan dichos documentos es muy rica y nos permite conocer detalles del funcionamiento de las instituciones. Al menos sobre el papel: se insta a un trato respetuoso con los enfermos relegando el castigo a un último recurso. Los enfermos vestían un sayo de tela tejida en el mismo hospital. Los días de fiesta les vestían con ropa de colores y podían ser contemplados por los visitantes. El administrador detentaba todo el poder, residía en el hospital y controlaba totalmente el orden y la disciplina de los enfermos y el personal, (Ventosa Esquinaldo, 2000, 111).

Los médicos debían certificar el ingreso, cuando determinaban que el enfermo era incurable lo dejaban en manos de los “Padres” de los locos o las “Madres” de las locas, responsables de los departamentos en cuanto al orden, disciplina, higiene, alimentación y vigilancia día y noche, ayudados por los enfermeros o enfermeras y sirvientes. Al no existir medicamentos eficaces la única terapéutica era el trabajo manual y el uso de la sujeción o castigo cuando el enfermo estaba furioso o rompía la disciplina, para lo que se utilizaban grillos y esposas y también jaulas o gavias.

Los conocimientos médicos en el terreno de la enfermedad mental, en esta época quedan reflejados en las obras de Bartolomé Calero y Torres, sobre la simulación de enfermedades mentales, Suarez de Ribera sobre la hipocondría y la histeria, Andrés Piquer sobre la melancolía y la manía (Ventosa Esquinaldo, 2000, 123). De este periodo se destaca el repuntar de la figura del barbero sangrador, profesional sanitario que ya fue reconocido en la pragmática de 1500 de los Reyes Católicos, pero es en este periodo cuando encuentran prestigio social y empieza a tener literatura propia, Diego Pérez de Bustos escribe “*Tratado breve de flebotomía*” en 1627, Ricardo Preux “*Doctrina moderna para los sangradores*” en 1724 y el “*Tratado completo de flebotomía*” de Juan Fernández del Valle en 1794. Y referidos a enfermería encontramos la obra de Mr. Carrere “*Manual para el servicio de los enfermeros*” (traducida en 1786), “*Instruccio-*

nes de Enfermeros” de Andrés Fernández de 1625, “*Recetario medicinal*” de Diego Bercebal en 1734, (Ventosa Esquinaldo, 2000, 126).

Durante los siglos XVII y XVIII los hospitales continuaban en manos de la Iglesia, se concebía la atención a los necesitados como una cuestión de “caridad”, encargada a las congregaciones religiosas y al protectorado organizado por gremios y corporaciones. A partir de finales del siglo XVIII este modelo dio un importante giro de la concepción de la organización asistencial. Surgió el concepto de “beneficencia”, que comprende la atención de los sectores más necesitados no ya como una cuestión de “caridad piadosa”, dependiente del altruismo, sino como un asunto de interés público y por tanto competencia del Estado.

Este proceso se inició con La Real Célula de 19 de septiembre de 1798, que declaraba vendibles todos los bienes de la Iglesia (hospitales, hospicios, casa de misericordia etc.), iniciando el proceso de desamortización, proceso que detrae recursos a la Iglesia disponiendo que ha de ser el Estado quien progresivamente se ocupe de la asistencia, a través de La Caja de Amortizaciones y la Ley de Beneficencia, (Pileño Martínez et al. 2003, 33).

En este periodo, finales del s XVIII, en el resto de Europa se producen las primeras Revoluciones. Revoluciones que generarán importantes cambios sociales. Por primera vez se piensa en los derechos individuales de los hombres y de los pueblos, se producen reformas estructurales en la educación y la religión. A su vez aparecen las burguesías ilustradas con un sentido práctico de la vida. Se promueve la aplicación de la ciencia y el bienestar de la humanidad lo que se concretará posteriormente en la revolución industrial.

Europa entra en el siglo XIX ofreciendo nuevas perspectivas asistenciales que mejorarán las condiciones de vida de los enfermos mentales. Se construyen instituciones especializadas para enfermos mentales: los asilos psiquiátricos. Los locos son separados de los que no lo son y, por primera vez, se plantea la supresión del uso de las cadenas y otros métodos inhumanos, aplicando principios médicos y humanitarios en el tratamiento a los enfermos mentales.

En España, por contra, a pesar de las ya conocidas buenas condiciones de partida, en vez de mejorar la asistencia se evolucionó hacia una progresiva degradación. En ese periodo nuestro país atravesó una grave situación económica, atribuible a las desamortizaciones, a los destrozos ocasionados por la guerra, a la pérdida de las colonias americanas y a la crisis ideológica y jurídica. Y como señala Comelles:

«A consecuencia de ello el Estado quedó debilitado y como en otros ámbitos sociales no tuvo coherencia política, no definió jurídicamente la asistencia ni pasó por un proceso de secularización; y los sucesivos regímenes veían mal a una psiquiatría moderna excesivamente ligada a la Ilustración», (Comelles, 1988, 37).

En estas circunstancias, Comelles (1988) continua valorando cómo las vicisitudes políticas y sociales que atravesó España durante la primera mitad del siglo XIX, inmersa en una gran depresión económica que duró hasta 1843, junto a la persecución y exilio de los intelectuales, entre los que se incluían muchos de los médicos de mayor prestigio, produjo un declive en la medicina española y en la asistencia a los enfermos mentales.

Por su parte la Guerra de la Independencia supuso el saqueo de patrimonios muebles y la destrucción de inmuebles dedicados a la asistencia psiquiátrica (como ejemplo, el manicomio de Zaragoza fue incendiado y destruido por completo durante el sitio de la ciudad, el cuatro de agosto de 1808). Junto a la destrucción propiciada por la guerra, se desarticuló el sistema de compensación previsto por la legislación desamortizadora, lo que provocó en las instituciones asistenciales existentes una importante carencia de recursos que se tradujo en mayor deterioro e incluso situaciones de hambruna en el interior.

Por si fuera poco, la desaparición de las colonias americanas todavía empeoró más las cosas. Emancipadas casi todas ellas, el soporte económico que reportaban desapareció. Las sucesivas crisis políticas posteriores a la Guerra de la Independencia y que se prolongaron más allá del reinado de Fernando VII, provocaron una gran indefinición jurídica que lógicamente repercutió en la regulación de la asistencia, que debió afrontar a un auténtico vacío en tal sentido. Así lo señala Barrios Flores (2002):

«Eliminados los derechos jurisdiccionales de hospitales y hospicios no se promulgaron los instrumentos legales que aseguraran la tutela del Estado sobre ellos con la consecuencia inevitable de que las instituciones quedaron confiadas a su suerte durante medio siglo», (Barrios Flores, 2002, 15).

En 1822 durante el trienio liberal, fue promulgada la Ley de Beneficencia. Ley que ordenaba las funciones que la Constitución asignaba a los Ayuntamientos, entre ellas la asistencia social y sanitaria. Los centros “para locos”, deberán estar ubicados lejos de los núcleos de población y rechaza el trato vejatorio y el encierro de por vida, (Diéguez Porres y Morales Hevia, 1999).

Uno de los aspectos importantes de la ley de Beneficencia es que los manicomios pasaron a depender de los municipios. No contemplaba que la dirección sea médica, y en su artículo 93 señala, que se procuraría que cada hospital no superara las 300 camas, que existiera una completa separación de sexos y que se promoviera y utilizara la prestación de los servicios de toda asociación de caridad, de uno y otro sexo, bien religiosa o bien regular. Aunque se evitaría que ninguna de estas asociaciones interviniera, ni tomara parte en objetos de administración interior de los establecimientos. Pero esta Ley no llegó a entrar en vigor, (Espinosa Iborra, 1980, 109-115).

Una nueva Ley de Beneficencia vio la luz en 1849 pero en ella no se mencionaban los establecimientos para locos, lo que se subsanó con un reglamento específico en 1852. En éste el Estado se arrogó la obligación de hacerse cargo de la atención del enfermo mental, delegando la asistencia en las Diputaciones, ente administrativo de las provincias recién creadas, que deberán encargarse de la Beneficencia. Repartiéndose el cometido de forma que los poderes municipales gestionaban la asistencia domiciliaria, tanto social como sanitaria, quedando para las corporaciones provinciales la responsabilidad de los servicios residenciales. Fórmula de asistencia que sigue respondiendo a una concepción caritativa y pública, pero con una gestión más cercana (Torres Escobar, 2013, 703).

Esta legislación prevé la constitución a cargo del Estado de las casas de dementes (cuyo número de plazas se calculó en base al número de internados entonces existente), planificando seis manicomios para todo el reino. Pero, por restricciones económicas no pudo abrirse más que el manicomio de Santa Isabel de Leganés en el año 1852.

Las sucesivas leyes promulgadas no vinieron, sin embargo, a cambiar el panorama asistencial de la época, que continuaba en manos de la Iglesia. El propio Gobierno no facilitaba el cumplimiento de sus disposiciones, con lo que en la práctica los establecimientos existentes seguían dependiendo de las nacientes Diputaciones, situación que finalmente se llegó a reglamentar a través del Real decreto de 1887 que autorizaba a dichas entidades a construir y mantener los manicomios.

Habría que esperar hasta 1885 para que se regule por Decreto el internamiento de enfermos mentales. Aztazain Díez (2005, 77) señala que estas disposiciones fueron impulsadas más por dificultades administrativas para el pago de las estancias que por un interés por mejorar la asistencia.

En el Decreto de 19 de mayo de 1885 se formulan dos formas de internamiento, uno en observación y otro definitivo. En ambos se requiere la autorización del Juez y ser comunicado a las Autoridades. Este decreto aunque supone una postura restrictiva para el ingreso, lo hace muy complejo, no controlado médicamente y sin inspección posterior, reflejando la desconfianza en la terapéutica de los alienistas.

Las casas de locos en general no eran autónomas, sino meros apéndices de los hospitales generales y un lastre para la economía de estos centros benéficos, lo que llevó a Giné y Partagás (1882) a manifestar en su momento: «*los manicomios anexos a nuestros hospitales son pudrideros de locos. Si albergaran personas de razón sana enloquecerían casi todas*».⁵⁹

Como vemos, durante la primera parte del siglo XIX no se produjo ningún avance en el campo de la asistencia a los enfermos mentales a pesar las buenas intenciones de las sucesivas leyes de Beneficencia (1822, 1823, 1836). Los manicomios existentes sobrevivían en pésimas condiciones económicas debido a las sucesivas desamortizaciones de la Iglesia y la crisis económica de la época.

El Ministro de Fomento, Javier de Burgos, reconocía en 1833:

«Contados son los hospitales en que se abriga a los dementes, y la humanidad se estremece al considerar el modo con que, por lo general, se desempeña esta obligación. Jaulas inmundas y tratamientos crueles, que aumentan, por lo común, la perturbación mental de hombres que, con un poco de esmero, podrían ser vueltos al goce de su razón y al seno de las familias».⁶⁰

Al tiempo, una nueva generación de médicos alienistas: Peset y Vidal (1821-1885), en Valencia, Vieta nombrado director del manicomio de Zaragoza en 1842, Villargoitia en Madrid y Pí y Molist (1829-1892) en Barcelona, habrían de influir positivamente para intentar un cambio en la asistencia psiquiátrica.

Fruto de ello fueron algunas medidas positivas, como la confección de la Estadística General de Dementes. La primera culminó en 1848, aportando unos datos que fueron reconocidos como oficiales por el Ministerio de la Gobernación del Reino, siendo responsable de su recopilación, tras solicitar la correspondiente información a todas las provincias, el Dr. Pedro M^a Rubio, médico de la reina Isabel II y miembro del cuerpo de redacción de la Gaceta Médica de Madrid.

Este estudio epidemiológico perseguía el conocimiento fiable de las necesidades asistenciales, a fin de que se pudieran elaborar las oportunas normas que sirvieran de guía de funcionamiento de los establecimientos manicomiales, así como los requisitos para la inspección de los asilos. En la información lograda figuraban los dementes existentes en España durante los años 1846-1847, destacando de sus datos un alto número de altas y una elevada tasa de mortalidad (del 25%), (Aztarain Díez, 2005, 73).

⁵⁹ Giné y Partagás, J. (1882). Curso elemental de higiene privada y pública. Tomo II. Barcelona, Librería de Juan y Antonio Bastinos, p. 126-132. Citado por Aztarain (2005), p. 78

⁶⁰ Citado por Torres Escobar F. (2013). Los Prados: la particular historia de la psiquiatría giennense. Boletín. Instituto de Estudios Gienenses. Enero-Junio. 2013, n° 207, p. 709

Otro de los logros del Dr. Rubio es el proyecto de un manicomio modelo en Madrid a cargo del Estado, el programa para la edificación de este manicomio aparece publicado en la Gaceta de Madrid el 30 de julio de 1859. Pero hay que decir que no tuvo mucho éxito, pues en 1870 una nueva circular vuelve a reclamar la necesidad de financiación y en poco tiempo el proyecto cayó en el olvido

El censo realizado por el Dr. Rubio, pese a haberse hecho a partir de datos oficiales y por ello tal vez incompleto, fue el primero que estimó el número de enfermos mentales en España. Merece especial interés la distribución de los enfermos entre diferente tipo de establecimientos: 4 edificios, con los atributos especiales de manicomios. 32 hospitales generales (provinciales). 10 hospicios o casas de refugio. 2 casas de expósitos. 14 cárceles públicas. 2 casas galeras. 1 convento de frailes. 1 presidio

El número total de enfermos encontrados se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 1: Localización de los enfermos en la Estadística de Dementes del Dr. Rubio. 1848

Localización de los enfermos	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
En los centros mencionados	912	714	1626
En las casas con su familia	3148	2077	5225
Otros			426
Total	4060	2791	7277

Fuente: Aztarain Díez (2005). El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra. Temas de historia de la medicina. Gobierno de Navarra, p 74.

Posteriormente en la Memoria que recoge el censo de las personas acogidas en los manicomios durante el año económico 1879 a 1880, firmada por D. Castor Ibáñez de Aldecoa, director general de Beneficencia y Sanidad, se plasma la distribución de los enfermos internados en los diferentes asilos existentes en el país.

Tabla 2: Estadística de los dementes ingresados en los manicomios españoles.1880.

ASILOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Badajoz, (Mérida), Manicomio Provincial	84	28	112
Baleares, (Palma), Manicomio Provincial	32	28	60
Barcelona, depósito del Hospital de la Santa Cruz	177	136	313
Barcelona, Manicomio particular de Nueva Belén	59	43	102
Barcelona, Manicomio particular de San Baudilio	378	247	625
Barcelona, Manicomio particular Corts de Sarriá	69	37	106
Cádiz, Manicomio provincial	96	73	169
Córdoba, depósito del Hospital	27	21	48
Gerona, Manicomio provincial	31	22	53
Gerona, Manicomio particular de Lloret de Mar	9	1	10
Madrid, Manicomio oficial (Leganés)	125	92	197
Madrid, Manicomio particular del Dr. Esquerdo	24	16	40
Madrid, Manicomio particular de Ciempozuelos	25		25
Málaga, Manicomio provincial	23	12	35
Murcia	30	23	53
Oviedo, Manicomio provincial	23	21	44
Salamanca	40	25	65
Sevilla, Manicomio provincial	45	28	73
Soria	3	2	5
Teruel	46	44	90
Toledo	33	19	52
Valencia	294	165	459
Valladolid	308	155	463
Valladolid, Manicomio particular l Dr. Rodríguez	22	5	27
Zaragoza, Manicomio provincial	244	154	398

Fuente: Aztarain Díez (2005). El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra Temas de historia de la medicina. Gobierno de Navarra, p 75.⁶¹

Como se puede comprobar, en 32 años se pasa de 1626 a 3790 internados, por lo que su masificación debió llegar ser muy notable, promoviendo un creciente interés por la construcción de manicomios regionales que descongestionasen los existentes de ámbito nacional. Además, la insuficiente definición política se fue intentando resolver mediante algunas promulgaciones legales que en realidad apenas produjeron efectos prácticos, (Aztarain Díez, 2005).

⁶¹ Esta estadística, con varias disposiciones ministeriales fue publicada en la Gaceta de Madrid en 7 de octubre de 1848.

Como vemos los manicomios públicos estaban repletos y en condiciones infrahumanas y ciertamente debió ser así, Benito Pérez Galdós hizo la siguiente descripción del manicomio de Santa Isabel de Leganés en su novela “*La Desheredada*” (1881):

«Cualquiera que despertara súbitamente a la razón y se encontrase en el departamento de pobres entre turba lastimosa de seres que sólo tienen de humano la figura y se viera en un corral más propio para gallinas que para enfermos, volvería seguramente a caer en demencia con la monomanía de ser bestia dañina. ¡En aquellos locales primitivos, apenas tocados aún por la administración reformista, en el largo pasillo, formado por larga fila de jaulas, en el patio de tierra, donde se revuelcan los imbeciles y hacen piruetas los exaltados, allí, allí es donde se ve todo el horror de esa sección espantosa de la Beneficencia, en que se reúnen la caridad cristiana y la defensa social, estableciendo una lúgubre fortaleza llamada manicomio, que, juntamente, es hospital y presidio», (Pérez Galdós, 1881,6).

La mayoría eran departamentos anejos a los hospitales provinciales, y algunos, locales improvisados en decrepitos edificios, tal y como ocurría en Salamanca o Málaga. La estadística realizada en 1880 estableció que, de 15 establecimientos para dementes, siete estaban en malas condiciones, cinco en medianas y sólo los de Cádiz, Málaga y Teruel podían considerarse aceptables.

Como vemos, la más importante medida de esta época es la Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849, que continuó vigente durante todo el siglo XIX y que junto con el Real Decreto de 1885 reguló el ingreso de dementes en los manicomios, constituyendo el marco jurídico para la asistencia psiquiátrica hasta el primer tercio del siglo XX. Esta ley, según Aztazain Díez (2005, 83):

«...respondía a la necesidad de resolver la crisis económica de las instituciones, era un intento de precisar el marco menos comprometedor para el Estado. El texto aprobado afirmaba la responsabilidad del Estado pero respetaba los derechos adquiridos, por fundación o similar, a los patronos de los establecimientos de beneficencia, que sólo podían ser sustituidos por el Estado y que en gran parte eran del clero. Esto permitía que los directores de los centros fueran administradores no médicos, estando supeditados estos a las decisiones económico-administrativas que aquellos pudieran tomar».

Normativa que tuvo una importante contestación incluso en el seno del gobierno que la aprobaba. En opinión de Comelles (1988, 37), “... *la oposición trataba que la Iglesia siguiese teniendo una posición destacada en la gestión de los centros, para evitar que la Beneficencia pública se convirtiese en una obligación del Estado*”.

Además, prosiguiendo con los argumentos de Aztazain Díez (2005,84):

«...consagró el principio de carácter subsidiario de la asistencia pública facilitando la privatización, que motivó inversiones importantes por parte de la Iglesia, órdenes religiosas o sociedades privadas. Estas iniciativas serían apoyadas mediante conciertos con el Estado, que se convertirían en un negocio saneado y cuyos efectos sobre la asistencia consistieron en favorecer a los propietarios de los centros, marginar a los médicos y liberar a los poderes locales de sus responsabilidades».

Así, mientras las diputaciones carecían de recursos, la población de enfermos crecía sin cesar. A consecuencia de ello comenzó a aparecer la oferta privada, especialmente dirigida a las clases sociales con capacidad económica para financiar el coste de los cuidados “pensionistas”, concertándose la asistencia a los pobres con aquellas corporaciones provinciales que no tenían establecimientos en sus territorios. Estos centros privados estaban ubicados cerca de las ciudades más pobladas. En general eran de poca capacidad y estaban dirigidos por médicos alienistas que basaban la atención en el “tratamiento moral” y el “non-restraint”, siguiendo la doctrina francesa.

Éste es el proceso por el que en España proliferó un tipo de asistencia psiquiátrica en el ámbito privado, fue en Madrid y Barcelona donde el fenómeno resultó más llamativo; en tanto fueron los lugares donde apareció un mayor desarrollo industrial y mayor expansión demográfica.

Se construyeron asilos de carácter fundamentalmente filantrópico (Sant Boi, Nueva Belen, Pere Mata, el sanatorio del Dr. Esquerdo en Madrid etc.), vinculados a alienistas teóricos del tratamiento moral (Giné y Partagás, Pi i Molist, Pujadas, Dolsa y Llorach). Son considerados los verdaderos impulsores de la atención psiquiátrica española, aunque su evolución no fue positiva. Dadas las bajas pensiones de las Diputaciones no pudieron mantener la calidad de sus tratamientos, pasando finalmente en muchos casos a manos religiosas.

De este modo las órdenes religiosas se fueron haciendo cargo de un buen número de manicomios: Leganés, Valladolid, Conjo... Y los únicos nuevos manicomios se debieron a la Orden de San Juan de Dios que a partir de 1870 comenzaron a construir o comprar asilos, arrendando sus plazas a las Diputaciones. En 1877 se estableció en Ciempozuelos, el de San Boi fue vendido a la Orden en 1895 y el de Valencia pasó también a su cuidado. El padre Benito Menni fundó una congregación femenina, “las hermanas de la Caridad” que en pocos años puso en marcha el manicomio de mujeres de Ciempozuelos. Se fueron sucediendo los conciertos con las Diputaciones de Madrid, Cáceres, Guadalajara, Cuenca, etc., (Aztazain, 2005, 78).

Respecto a la enfermería durante este siglo se puede decir que empieza a regularse. La Ley de Instrucción Pública en 1857 o Ley Moyano regula, desde una óptica más moderna, todos los estudios, entre ellos los de Practicantes y Matronas, de este modo se reconoce la titulación, desarrollándose sus funciones y la formación requerida para su ejercicio.

Pero la ocupación de enfermero/enfermera se mantendrá al margen de una regulación hasta 1915. Esta legislación afecta poco a la atención a los enfermos mentales que no reciben de momento ningún cuidado profesional en sus domicilios. Dentro de los manicomios la atención directa a los locos la realizan los cuidadores. El manicomio podía tener asignado un practicante que funcionaba jerárquicamente a las órdenes del médico con una función técnica de administración de medicamentos, curas y poco más. El personal del cuidado se distinguía entre enfermera o enfermero mayor y los o las guardianas que podían ser religiosas o religiosos, su función era meramente custodial y disciplinaria. Como describe Espinosa Iborra (1966, 154) en “*La asistencia Psiquiátrica en la España del siglo XIX*”:

«Los medios restrictivos que se incorporan al tratamiento moral se justifican en aras de la curación del enfermo intimidándolo y doblegándolo, bajo la rigidez médica. La invención de tantos medios y aparatos fueron inventados por los médicos y tristemente aplicados por los enfermeros y enfermeras y como consecuencia la doctrina emanada contra la profesión enfermera es lo que ha quedado en la sociedad».

Otro extracto de “La desheredada” de Pérez Galdós, refleja su percepción de los cuidadores de los locos:

«Dos loqueros graves, membrudos, aburridos de su oficio, se pasean atentos como polizontes que espían el crimen. Son los inquisidores del disparate. No hay compasión en sus rostros, ni blandura en sus manos, ni caridad en sus almas. De cuantos funcionarios ha podido inventar la tutela del Estado, ninguno es tan antipático como el domador de locos. Carcelero-enfermero es una máquina muscular que ha de constreñir en sus brazos de hierro al rebelde y al furioso; tutea a los enfermos, los da de comer sin cariño, los acogota si es menester, vive siempre prevenido contra los ataques, carga como costales a los imbéciles, viste a los impedidos; sería un santo si no fuera un bruto. El día en que la ley haga desaparecer al verdugo, será un día grande si al mismo tiempo la caridad hace desaparecer al loquero», (Pérez Galdós, 1881,7).

Siguiendo estas descripciones, Ventosa Esquilinaldo (2000, 153) lamenta que “*todo el fracaso del progreso en la asistencia al enfermo mental se atribuye a la figura del loquero, loquera, guardián, vigilante, enfermero, enfermera, como gente bruta dominadora e inculta*”. Considera que las condiciones del momento contribuyen a que la atención haya sido tan negativa, las visitas de los médicos eran escasísimas, cuando existían, (6 en 15 meses en el hospital de Córdoba, según Gerardo García 1983).⁶² La máxima jerarquía la ostentaban los antiguos patronos o el administrador (si la institución ya pertenecía a la Diputación). Su máximo interés era mantener el orden y la disciplina. Las figuras de los loqueros se reclutaban entre personas de muy baja extracción social, con unos sueldos misérrimos y sometidos ellos mismos a una disciplina rígida y con muy poca autonomía.

⁶² García González G. (1983). Historia de la Psiquiatría en Córdoba. Diputación Provincial de Córdoba. citado por Ventosa Esquilinaldo (2000), p. 153

En estas condiciones, comienza a plantearse que si realmente se pretende un cambio en la asistencia es necesaria una formación adecuada de los profesionales del cuidado. Concepción Arenal en 1861 describe el estado de los establecimientos de beneficencia, destacando el hacinamiento, faltos del mínimo nivel de higiene, de una alimentación suficiente e incluso de agua. La inspección era inexistente. Los cuidadores continuaban utilizando medios de restricción como las esposas y los grillos observando que la preparación de los profesionales es absolutamente nula. Arenal con su trabajo promueve la reforma de los hospitales y dentro de ella la reforma de la enfermería, como profesionales que deben atender a estos pacientes, suministrar los cuidados, insistiendo en la necesidad de una formación adecuada y laica bajo una dimensión práctica, (Ventosa Esquinaldo, 2000,138).

Durante el periodo que comprende desde principios del siglo XX hasta la guerra civil, se producen importantes cambios en la atención a los enfermos mentales, tanto en lo que se refiere a sus bases científicas como a la situación de sus profesionales y el marco legislativo. Pero previamente a su descripción, resulta obligado contemplar la situación socio económica y asistencial del momento de partida.

El siglo XX, se inicia con un desarrollo capitalista que tiende a la desigual distribución de la riqueza, provocando una brecha social cada vez mayor entre las grandes fortunas que se van acumulando y el significativo incremento de masas obreras cuyo empobrecimiento no deja de crecer. Tal realidad, junto a la inestabilidad política generada por el rechazo a las antiguas instituciones, conducen a movimientos asociativos y organizaciones sociales de fuerte dinamismo cultural y científico. En general, se atraviesa una etapa de “*Expectativa ilusionada y profundos cambios*” (Aparicio Basauri y Sánchez Gutiérrez, 1997, 132), tratándose de un periodo en el que también surgirán los cimientos para una asistencia a la enfermedad mental que así pueda llamarse.

La situación de los enfermos mentales ésta fuertemente afectada por la crisis económica y los conflictos sociales, que contribuyen a un aumento en la morbilidad psiquiátrica y, en consecuencia, al de la demanda de internamientos. Cabe señalar que en 1922 el porcentaje de dementes acogidos en establecimientos psiquiátricos era de 42/100.000 habitantes, mientras que en 1874, es decir, ni tan siquiera 50 años antes, sólo llegaba al 18/100.000, (González Duro, 1980, 117-130).

La evolución de la asistencia queda reflejada en la siguiente tabla, obtenida de los datos que refleja un Informe Especial de las Cortes Valencianas, elaborado por una comisión a instancia del Síndic de Greuges, “*Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias*” y publicado en 2003⁶³:

⁶³ Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana. Informe especial (2003), “Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y sus familias. Disponible en: <http://www.elsindic.com/va/informes-especiales.html>

Tabla 3: Evolución de la asistencia entre 1880 y 1933

Año	Nº establecimientos	Nº Internos
1880	15	3790
1903	29	8380
1910	35	19356
1933	83	24554

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Síndic de Greuges (2003). “Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias”, p. 22.

La expansión de los manicomios de reclusión definitiva y el número de internados resultó imparable, fundamentalmente la de los pertenecientes a las Órdenes hospitalarias, financiadas entonces por donaciones privadas y por subvenciones de las Diputaciones. Algunos de los ya existentes fueron notablemente ampliados (Ciempozuelos, Palencia, San Baudilio, Mondragón), a la vez se crearon algunos nuevos, como el de Málaga. Poco antes se había inaugurado también el Instituto Pere Mata, en Reus.

En 1917, Rodríguez Lafora publicó un artículo en la revista España sobre la situación de los manicomios españoles que generó alarma social en su momento. En él se criticaba la falta de higiene y hacinamiento, la existencia de medios de coerción como esposas, cinturones metálicos, la ausencia de recursos médicos adecuados y especialmente la nula formación del personal auxiliar, considerado “domador de locos” o loquero con un estatus propiamente carcelario. Aspectos en los que insistiría en 1919, en dos artículos publicados en la revista El Sol, tras la visita de numerosos establecimientos de la época. Como vemos en los primeros 20 años del siglo XX, la asistencia a los enfermos mentales mantenía los mismos problemas que el siglo anterior, “seguía presa de un fatalismo terapéutico y de un concepto del enfermo mental como incurable y subsidiario de reclusión permanente”, (Diéguez Porres y Morales Hevia).⁶⁴

A otros niveles iba surgiendo un importante movimiento de apertura al exterior. Se buscaba una renovación cultural y científica en la anquilosada sociedad española. La sanidad de Fomento dotó en 1912 cinco bolsas de estudios para mujeres que pudieran ampliar estudios de enfermería en Inglaterra y conocer de primera mano las nuevas escuelas y los avances de la profesión (Ventosa Esquinaldo, 2000, 127). En el terreno de

⁶⁴ Diéguez Porres M. Morales Hevia N. La Asistencia Psiquiátrica en España en los Siglos XIX y XX. Rev. Galeon. Sin fecha. Artículo internet: Consultado 15-7-12. Disponible en: <http://galeon.com/psiquiatriaho/manual/a13.htm>. Sin paginación.

la medicina se habilitó la posibilidad de salir al extranjero a profesionales postgraduados gracias a las posibilidades que brindaron las becas de la Junta de Ampliación de estudios, creada en 1907. De este modo un grupo de psiquiatras y neurólogos, de la mano de Ramón y Cajal, salieron a otros países. A su vuelta con la sólida formación adquirida, se encuentran con una asistencia deplorable en las instituciones españolas, con gran hacinamiento, falta de higiene y sin la mínima capacidad de gestión al no poder asumir sus gastos la Diputaciones.

En estas condiciones, muchos de los profesionales formados en el extranjero tienen que encontrar su espacio en la psiquiatría privada y en la actividad asociativa, científica y divulgativa. Así aparece la publicación de la revista “*Archivos de Neurobiología*”. Revista promovida por el grupo de psiquiatras formados en el extranjero, entre los que cabe destacar a José Miguel Sacristán (1872-1957), Enrique Fernández Sanz (1872-1950) o Cesar Juarros (1879-1942), profesionales que participaron en el proceso de renovación política, cultural y científica, (Villasante, 2011, 767-775).

Pero no todo fue negativo en la asistencia psiquiátrica española de primeros de siglo XX, se destaca como pionera a nivel mundial la experiencia desarrollada en Cataluña por iniciativa de la Mancomunitat de Diputacions de Catalunya (1914-1924).

En 1914 impulsada y presidida por Prat de la Riba se constituyó la Mancomunitat de Diputaciones de Cataluña que asumió las competencias de las Diputaciones de las cuatro provincias catalanas y entre ellas la asistencia a los enfermos mentales. En el momento de constituirse la Diputación de Gerona cumplía esta función por medio de un hospital psiquiátrico propio, el de Salt, fundado en 1906. Barcelona y Lérida enviaban sus enfermos al de Sant Boi, mientras que la de Tarragona los enviaba al municipal de Reus.

En el mismo año de su constitución, la Mancomunitat catalana aprobó las bases por las que iba a regirse la asistencia psiquiátrica. Bases que configuraban una auténtica planificación de la asistencia. Entre las principales innovaciones del plan estaba la creación de un centro de observación y diagnóstico de los enfermos, para tras la valoración, determinar el centro de tratamiento más adecuado; diversificar las instituciones manicomiales existentes en Cataluña; así como de lograr una mayor coordinación entre ellas. A la vez, se abrieron los centros a los estudiantes de medicina interesados en esta rama de su profesión.

El principal redactor de estas bases fue el Dr. Julià. A sugerencia suya se nombró director del Manicomio de Salt a su antiguo discípulo y colaborador, Vives Casajoana, con la intención de convertirlo en un psiquiátrico moderno que sirviera de modelo y estímulo a la red de centros psiquiátricos de Cataluña. Se modificó la estructura del recién terminado edificio y se le dotó de talleres ocupacionales. En cuanto al resto de hospitales psiquiátricos de Cataluña, la Mancomunitat aumentó su consignación económica e intentó controlar su funcionamiento hacia la línea marcada por las bases de la Mancomunitat. Lamentablemente Martí y Julià, inspirador del plan, murió muy pronto y la Mancomunitat no llegó a cumplir ocho años de funcionamiento, al ser disuelta en 1923 a raíz del golpe de estado del General Primo de Rivera.

Aunque los hospitales continuaron acogiendo a enfermos mentales y las Diputaciones siguieron atendiendo mínimamente a sus necesidades, el plan perdió su empuje inicial. El hospital proyectado seguía sin construirse y sólo en 1930 la Diputación de Barcelona puso en marcha la Torre Ribera como primera fase de lo que debía ser la Clínica Mental de Santa Coloma, que había sido proyectada con novedosos planteamientos en la época de Julià. Miquel Siguan (1991), destaca de estas experiencias:

«El progreso realizado en este tiempo puede calificarse de sensacional, no solo se había producido una transformación de fondo en la atención a los enfermos mentales sino que se había compensado el retraso existente respecto a los países más adelantados en este campo. De hecho la red asistencial psiquiátrica catalana en el momento en el que la Mancomunitat intentó coordinarla, a pesar de sus deficiencias, podía muy bien compararse con la existente en cualquier región francesa», (Siguan, 1991, 195).

Como decíamos, esta iniciativa fue cercenada con la disolución de la Mancomunitat en 1924 por la dictadura de Primo de Rivera. A partir de entonces la actividad reivindicativa y de denuncia empezó a canalizarse por vías asociacionistas.

La actividad asociativa nos remite al primer Congreso “frenopático” que se celebró en España en 1883, congreso en el que ya se apuntaba la necesidad de agruparse en sociedades científicas. Idea que será apoyada por la promulgación de la Ley de Asociaciones de 1887 y se plasmará primero en Cataluña en 1911 con la fundación de la Societat Catalana de Neurologia i Psiquiatria. Por iniciativa de esta sociedad, junto a la escuela de Madrid, en 1924 se fundó la Asociación Española de Neuropsiquiatras, asociación que va a ser determinante en la evolución de la reforma a lo largo de todo el siglo XX.⁶⁵

⁶⁵ Véase Campos Marín R. y Huertas R. (1996). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. Comunicación al X Congreso Nacional de Historia de la Medicina, celebrado en Málaga en febrero de 1996. Disponible en: www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/15579/15438

La Asociación de neuropsiquiatras celebró su primer congreso en 1926, abarcando a profesionales de todas las provincias con la preocupación fundamental de mejorar la asistencia psiquiátrica. Ya en este primer congreso constituyente se plantearon como urgentes los siguientes objetivos:

- 1) Revisión de la legislación relativa a los alienados.
- 2) Planificación moderna de la asistencia.
- 3) Creación de un cuerpo médico, profesional, formado en la Universidad desde una especialidad de medicina, demandando además la provisión de plazas fijas por oposición.
- 4) Reconocimiento oficial de la especialidad de psiquiatría con delimitación de sus funciones.
- 5) Implantación por parte del Instituto Geográfico y Estadístico de una clasificación moderna de las enfermedades mentales, proponiendo la clasificación de Kraepelin.
- 6) Fundar servicios abiertos con clínica, dispensarios, asistencia social y atención domiciliaria.
- 7) La formación del personal subalterno junto a la enseñanza universitaria de la psiquiatría y la neurología.
- 8) Aumento del número de técnicos, enfermeros.
- 9) Creación de la Liga de Higiene Mental.

Tales objetivos se convirtieron en una guía de referencia para la atención a la enfermedad mental. Para su consecución contó con dos instrumentos: la Revista de la asociación, como órgano científico y vehículo de producción intelectual, y la Liga de Higiene Mental, como órgano de difusión cultural formativa y de incidencia directa en la sociedad, (Lázaro, 2000).

Con la Real Orden de 25 de enero 1927 se creó formalmente la Liga de Higiene Mental, siendo Cajal su primer presidente. Su objetivo era *“estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene mental individual”*.⁶⁶

Hasta 1930, momento en que la Liga se constituye oficialmente, desarrolló sus actividades en el seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre 1927 y 1935 sistemáticamente organizó Reuniones y Semanas de Higiene Mental destinadas a la promoción de la salud mental, en todos los aspectos que pudiera afectar (infancia, familia, escolarización, delincuencia, toxicomanías...). Otro de sus cometidos fue la divul-

⁶⁶ Estatutos por los que ha de regirse la Liga Española de Higiene Mental. Boletín de la Liga Española de Higiene Mental, 1928, nº 1, p. 7. Citado por Campos R. Huertas R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 1998, vol. XVIII, nº 65, p. 99-108, (103)

gación de los problemas psiquiátricos, con el objetivo fundamental de popularizar los conceptos. Y, sobre todo, sensibilizar a la población de la necesidad de una reforma psiquiátrica en profundidad, (Huertas, 1995).

La actividad fue importante, traducándose en numerosas colaboraciones en periódicos y revistas. Entre otras cosas, se buscaba con especial empeño la integración del programa con otros movimientos sociales, como la Liga de Educación Política, promovida por Ortega y Gasset, cuyo fundamento era crear nuevos valores democráticos y nuevos dirigentes basados en la competencia. También se perseguía colaborar con la Administración en la transformación de la asistencia psiquiátrica y la legislación que le afectaba, así como la incorporación de nuevos roles profesionales. Durante este periodo se produjeron polémicas periodísticas, como las generada por Lafora sobre el atraso de los manicomios, tras la publicación el 12 de octubre de 1916 de un artículo suyo bajo el título “*Los manicomios españoles*”.⁶⁷

Siguiendo el relato de los acontecimientos descrito por Villasante (2011, 171-174), abundaron las denuncias de la situación asistencial y las precarias condiciones en que se hallaban los enfermos psiquiátricos en las instituciones españolas. Los artículos en prensa empezaron con el ya citado de Lafora y su contrarréplica por Ricardo Pérez Valdés, que inmediatamente fue contestada por Tomás Busquet i Teixidor. Como novedad en esta polémica se añadió la documentación gráfica mediante fotografías que aparecieron en la revista “*Semanario de la Vida Nacional*” en las que se muestra la crueldad del trato recibido por los enfermos (pies y manos encadenados a un cinturón de hierro, celdas, insalubridad...), denunciando así mismo la falta de personal y de un mínimo de humanidad en muchos de los centros visitados y fotografiados por Lafora, (Villasante, 2011, 171-172).

El movimiento de Higiene mental contribuyó a promover la creación de centros ambulatorios, al desarrollo de la psiquiatría infantil, a implicar a otras ciencias (antropología, sociología, psicología...) en los problemas vinculados con la salud mental y, en general, a movilizar la conciencia social. Las intensas polémicas provocaron la petición de informes oficiales, como el realizado en 1917 por Ricardo Pérez Valdés, sobre “*Lo que debe ser un manicomio provincial*”; y otros varios en los que se trataban asuntos como la esterilización forzosa de los enfermos, la necesaria modernización de la asistencia y la enseñanza psiquiátrica en la universidad.

Finalmente, se constituyeron comisiones con el objetivo de elaborar un anteproyecto de legislación para la asistencia psiquiátrica del enfermo mental. El borrador fue asumido por la Asociación de Neuropsiquiatras, pero fue rechazado por el gobierno monárquico, en buena parte a instancias de las órdenes religiosas. A partir de ello se

⁶⁷ Valenciano Gaya, L. (1977). El Dr. Lafora y su época. Madrid, Citado por Villasante O. (2011). La Polémica en torno a los manicomios, 1916. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011, Vol. 31, No 112, pp. 767-775 (770-771)

desencadenó un sentimiento de desánimo en el ámbito psiquiátrico que se encauzó hacia la posterior adhesión masiva al ideario republicano, (Comelles, 1988, 33-103).

Con la II República se produce un importante giro en la legislación psiquiátrica, casi a su comienzo se publicó el Decreto del 3 de Julio de 1931, Decreto que recogía las propuestas del mencionado anteproyecto de la Liga de la Higiene Mental y que en ciertos aspectos recuerda lo avanzado en la planificación en el plan de la Mancomunitat. Todas estas propuestas se tradujeron en la nueva legislación sobre Asistencia Psiquiátrica, Ley de Organización de la asistencia Psiquiátrica Nacional (1931) que viene a sustituir al anterior de 1885 y posibilitaba jurídicamente una reforma en profundidad de la asistencia psiquiátrica.

Dicho Decreto mantuvo la responsabilidad de las Diputaciones, pero se introducían criterios más modernos en la gestión de los manicomios. Una innovación importante del plan era la regulación de las salidas temporales de los enfermos como forma de evitar los efectos nefastos de su hospitalización prolongada. Así se suprime la reclusión definitiva y se reguló la existencia de tres servicios: 1) Dispensarios de Higiene Mental destinados al tratamiento y la asistencia de pacientes donde el ingreso y salida dependían de la voluntad de estos, pudiendo recibir una atención ambulatoria. 2) Dispensarios Psíquicos organizados a semejanza de los hospitales de tuberculosos, donde la organización estaba delegada en las Diputaciones o Ayuntamientos; y 3) los Servicios Sociales de Asistencia como estructuras encargadas del seguimiento de los pacientes dados de alta, favoreciendo de esta manera la integración social, (Prados García et al. 2010).

En este último servicio cabe destacar la figura clave de la “Enfermera del Servicio Social de Asistencia”, también llamadas “Enfermeras Visitadoras”, quienes se encargaban de las visitas a domicilio para hacer un seguimiento de las indicaciones pautadas por el psiquiatra y conseguir la prevención de recaídas, (Huertas, 1995).

Como vemos, el periodo republicano fue un tiempo de intenso desarrollo de leyes con claro contenido social, los más significativos fueron: el Decreto de 10 de noviembre del 31 por el que se crea el Consejo Superior Psiquiátrico, del que será presidente Lafora. La Orden de 27 de noviembre de 1931, creando las inspecciones de la atención psiquiátrica. La Orden del 28 de noviembre de 1931, estableciendo las estadísticas de enfermos mentales. Y el Decreto de 17 de diciembre de 32, que crea el primer Patronato de Asistencia Social.

Los profesionales que se habían formado en el extranjero trajeron otras perspectivas. Además manejaban idiomas, lo que les permite conocer la psiquiatría de Europa y América (Lafora trabaja en Washington). La influencia doctrinal, que hasta entonces había sido francesa, pasa a ser alemana, de la mano de autores como Griessinger, Alzheimer y Kraepelin. Se consideran herederos de Cajal y participaron del llamado “Fenómeno Cajal” como modelo y estímulo científico, lo que supone una manera de

entender la ciencia sin rigor dogmático por la influencia formativa de la Institución Libre de Enseñanza.

La preocupación por la enseñanza y la intensa producción científica, sentaron las bases para un cambio cualitativo en la formación teórica y académica. A través del Consejo Superior Psiquiátrico se dictaron normas para la formación del personal auxiliar en manicomios, tanto públicos como privados (Gaceta 30 de mayo de 1932). Esta formación especializada es fruto de la conciencia de que los cuidados en psiquiatría necesitaban una preparación específica que no ofrecían en las primeras escuelas de enfermería españolas, escuelas reconocidas en 1915 con la creación del Título Oficial de Enfermería psiquiátrica,⁶⁸ con un programa teórico-práctico ofrecido por la Facultad de Medicina, (Ventosa Esquinaldo, 2000, 233-234).

La Generalitat de Cataluña en 1933 fundó una escuela de enfermería en la que ya incluía cursos de especialización con el título “*Infermeres Especialistes per Malalties Nervioses i Mentals*”. Y aparecen diversos manuales para enfermería psiquiátrica: “*Lecciones teóricas y prácticas para contestar al curso elemental de enfermeros psiquiátricos*” de Eulogio García de la Piñera (1935), “*Manual de enfermería general y psiquiátrica*” de José Salas (1935), “*Asistencia al enfermo mental*” de Emilio Pelaz Martínez (1937), (Ventosa Esquinaldo, 2000, 234).

También es en 1933 cuando se realizan los primeros intentos de enseñanza de la psiquiatría como materia independiente. En ese año se creó el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona y así la primera Cátedra de psiquiatría a cargo de Mira en 1934. La Cátedra de Madrid fue dotada, pero no se llegó a cubrir a causa de la guerra. Y también surgieron los primeros núcleos psicoanalíticos en Madrid y Barcelona.

Con la nueva ley la psiquiatría alcanzaba reconocimiento social y profesional. Su texto detalla aspectos que regulan la relación enfermo-establecimiento tratante, reduciendo las trabas burocráticas para una rápida asistencia. También determinó el carácter médico de las instituciones. En su declaración programática garantiza que todo enfermo mental debe recibir asistencia psiquiátrica. Y se detallan las condiciones del internamiento forzoso y sus medidas de protección, dejando al juez con un papel meramente burocrático, acorde con la relevancia otorgada al carácter médico del internamiento. Así mismo define el carácter público o privado, abierto o cerrado, de los establecimientos, junto a su organización y reglamentación interna y la garantía de una inspección periódica por la Dirección General de Sanidad.

Entre 1933 y 1938 se van introduciendo en nuestro país los nuevos tratamientos, llamados métodos de choque: Cura insulínica 1933, Cardiazolterapia 1934, Electrochoque 1938. Técnicas que como dice Ventosa Esquinaldo (2000, 247), contribuyen a

⁶⁸ Es el principio de la especialidad de enfermería de salud mental, tema que aborados con detenimiento en el capítulo V, en concreto el punto 1, trata sobre la historia de la especialidad.

situar a la psiquiatría en el ámbito de lo médico sanitario y a unificar una práctica hasta entonces dispersa y confusa. También tuvo su influencia en la profesión enfermera que deberá incorporar sus cuidados a estas nuevas prácticas ampliando su campo de acción y tecnificando su atención.

El nuevo sistema de atención promovido durante la República introdujo la diferenciación entre enfermos agudos y crónicos. Su interés era contar con una atención precoz y ambulatoria que garantizase un mayor número de curaciones dejando los asilos para aquellos pacientes cuya recuperación solo se pudiera esperar a largo plazo. De este modo también aproximaba la psiquiatría al modelo de otras especialidades médicas. Para que tal modelo funcionase se explicitaba:

«...es preciso orientar la medicina mental en sentido profiláctico y crear dispensarios psiquiátricos a semejanza de los dispensarios antituberculosos. Dichos dispensarios contarían con enfermeras visitadoras cuya principal función sería el seguimiento en su domicilio de los pacientes, garantizando la continuidad del tratamiento y propiciando la integración en su entorno.», (Hurtas y Campos, 1998, 105).

Todos estos logros fueron truncados por la contienda civil. Del periodo bélico destacamos la altísima tasa de mortalidad entre los internos, por la gran penuria económica que se cebó en especial sobre esta población.

Tras 1939 las pocas reformas alcanzadas desaparecieron, suprimiéndose el Consejo Superior Psiquiátrico y la validez de todas las normas dictaminadas. Algunos manicomios se remozaron (Granada, Jaén, Alicante, Guipúzcoa, etc.), pero otros se cerraron, como el de Alcalá de Henares. Coexistían dos tendencias entre los profesionales de la psiquiatría: una más conservadora dedicada a la asistencia en centros privados y otra más crítica que continuaba denunciando la situación en los hospitales públicos, (González Duro, 1980, 117-130).

Durante el franquismo se mantuvo vigente la ley de 1931, ley diseñada en un contexto republicano, democrático y progresista, lo que en su momento supuso un avance para el reconocimiento de la enfermedad mental y de los médicos psiquiatras, en la nueva coyuntura política va a significar un empeoramiento de los derechos de los enfermos, Aparicio Basauri (1997) lo describe de la siguiente manera:

«En la Ley de 1931 subyace la confianza plena en la ciencia psiquiátrica al dejar en manos del médico la decisión de un internamiento, el juez tenía una mera función burocrática. Eso sí sin perder de vista que en el contexto republicano, cabía la interpretación correctora del Tribunal de Garantías constitucionales que hubiera corregido cualquier desviación en el terreno de las libertades individuales. [...] Dicha ley, trasladada a un ámbito político como el periodo de la dictadura franquista, se limitó a dar cobertura a un gran retroceso en los derechos de los pacientes psiquiátricos, al dejarlos a merced de las autoridades gubernativas y de los directores médicos, cuyo nombramiento se sometía a un fino cribado político», (Aparicio Basauri, 1997, 140).

Los 40 años franquistas se caracterizaron fundamentalmente por el rechazo de toda idea renovadora, postergando movimientos que en el resto de Europa iban tomando

fuerza, como la psiquiatría comunitaria. La mayor parte de los profesionales más activos durante el periodo republicano tuvieron que marchar al exilio. La actividad científica disminuyó de forma paralela al abandono de las campañas educativas de la Liga de Higiene Mental, volviendo a predominar el modelo institucional asilar, reforzado por la idea de proteger a la sociedad de una peligrosidad que se entendía asociada a la anomalía psíquica, (González Duro, 1978, 133).

La asistencia quedó de nuevo confinada al manicomio y junto a los enfermos mentales, los profesionales que les atienden quedan anclados en las tradicionales funciones de custodia. De modo que la enfermería psiquiátrica retrocede todo lo avanzado durante el periodo republicano y también se mantiene aislada del resto de la enfermería lo que le dificulta el crecimiento profesional, (Prados García et al. 2010).

Algunas leyes promulgadas durante la dictadura complementaron el marco al que debía circunscribirse la asistencia psiquiátrica. El repaso de la evolución legislativa nos ofrece una visión particular, que evitando caer en lo exhaustivo, resulta de gran utilidad a nuestros fines, pues, como señalan Aparicio Basauri y Sánchez Gutiérrez:

«El derecho constituye el gran depósito de juicios de valor sobre el comportamiento humano en un determinado momento histórico, y por eso el estudio de la jurisprudencia es una de las principales fuentes para el conocimiento de los esquemas culturales y de su realidad social», (Aparicio Basauri y Sánchez Gutiérrez, 1997, 125).

En ese periodo las normas y leyes que se dictan influyendo en la atención a los enfermos mentales son fundamentalmente de carácter organizativo y de planificación, en general con escasa repercusión sobre el marco asistencial. Siguiendo a García González y Espino Granado (1998, 6-7), las fundamentales son:

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944 que garantizaba la asistencia médica completa y los servicios hospitalarios a los asegurados y a sus familiares. No excluía por Ley la atención psiquiátrica o el internamiento hospitalario de carácter psiquiátrico, pero se excluía de hecho, pues no se desarrolló la reglamentación correspondiente y la posterior reglamentación de 1945 excluyó la atención a las enfermedades crónicas y los internamientos no quirúrgicos.

La Ley de Bases del Régimen Local de 24 de junio de 1955 conservaba la responsabilidad de las Diputaciones provinciales de mantener un Hospital psiquiátrico. Según esta Ley, las Diputaciones tenían que recluir al paciente potencialmente peligroso para la sociedad, y, "cuando deje de serlo", podrá ser devuelto, cesando entonces la responsabilidad pública de su asistencia posterior. Persistía en España la idea imperante de que el enfermo mental era incurable y requería una reclusión por tiempo indefinido. En esta idea de la reclusión participaba también el concepto de peligrosidad del demente.

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1963 señalaba la responsabilidad del Estado en la Dirección Técnica de la Asistencia psiquiátrica a través del Ministerio de la Gobernación. Manteniendo las obligaciones de la provincia de instalar y sostener los

hospitales psiquiátricos, señalando que en tanto se organicen tales servicios podrán ser concertados con establecimientos públicos o privados.

La Ley de Bases de 1973 mantuvo la inclusión de la asistencia psiquiátrica, pero no se reglamentó. Así, la Seguridad Social sólo pagaba el tratamiento ambulatorio por medio de un neuropsiquiatra con escasa dedicación diaria (dos horas al día, compaginando neurología y psiquiatría, asumiendo en ocasiones poblaciones cercanas a la 50000 cartillas).

Al tener los hospitales psiquiátricos provinciales carácter de instituciones benéfico-sanitarias, su primera obligación la constituía la atención en régimen de internamiento a los enfermos nacidos en la provincia incluidos en la beneficencia Provincial (por consiguiente, en situación de pobreza).

La necesidad de una intervención reguladora del estado se expresó en 1955 con la creación de un organismo, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (Ley 14/4 de 1955 de creación del PANAP), concebido como organismo autónomo siguiendo el modelo del Patronato Antituberculoso, sus objetivos son la modernización de la asistencia, asesoramiento y apoyo a las mejorar propuestas por las autoridades locales, inspeccionar, centralizar y coordinar la asistencia psiquiátrica y las acciones de las redes paralelas.

Otro de sus propósitos fue la selección de médicos especialistas para los puestos de responsabilidad en la asistencia de los hospitales psiquiátricos así como la formación del personal auxiliar, en este sentido es de valorar la publicación por el Patronato en 1967 del manual: “*Guía para auxiliares psiquiátricos*”. Este será el manual básico que seguirán los enfermeros que quisieron acceder al Diploma de Enfermeros psiquiátricos hasta que se reguló como especialidad en 1970.

García González y Espino Granado (1998, 8), señalan que a pesar del loable propósito del PANAP, de “*organizar con sentido de modernización y perfeccionamiento la asistencia psiquiátrica en España en sus fases profilácticas, curativas y asistenciales, constituyéndose en un organismo que establezca los principios, cometidos y normas por los que debe regirse la reforma*”, nunca pasó de gestionar unas escasas 2000 camas en todo el Estado. Y su pretendido énfasis en la creación de centros extrahospitalarios (centros de orientación y diagnóstico), resultó inoperante, por su escasa dotación de recursos y su arbitraria distribución. De modo que fue una entidad que acabó convertida en un órgano meramente consultor, sin apenas poder ejecutivo, cuya asistencia apenas aportó cambios de relieve en la asistencia psiquiátrica española, (García González y Espino Granado, 1998,8).

En la práctica real se configuró una asistencia muy distinta entre dos grupos de pacientes cuya principal diferenciación se encontraba en su mayor o menor posibilidad de abonar la atención privada o su estancia en las denominadas casa de reposo, quedando los manicomios para pacientes de clases sociales menos favorecidas, (González Duro 1980, 25-26).

En este mismo sentido Rendueles (2009), describe la práctica de la psiquiatría típica del primer franquismo:

«...dividida entre una asistencia a los pobres en los hospitales clínicos o consultorios de caridad, donde solamente se atendían pacientes graves, con enfermedades somáticas, aplicándoles métodos físicos, y una consulta privada donde excluido el psicoanálisis como práctica judeo-cosmopolita, solo el diálogo existencial podía dotar de una cierta profundidad al diálogo terapéutico», (Rendueles, 2009, 143).

Los personajes claves en esta época fueron Vallejo Nájera y López Ibor, que se disputaron la hegemonía y el poder psiquiátrico franquista. Acerca de la ideología prevalente, y el consecuente modelo de atención, basta con reproducir un párrafo del estudio realizado por Lázaro en el año 2000 “*La evolución de la psicopatología española en el siglo XX*”:

«Vallejo Nájera fue, además del primer catedrático de psiquiatría de la Universidad de Madrid, la figura más representativa de las ideas psiquiátricas hegemónicas en el bando ganador de la Guerra Civil en la postguerra temprana. Esas ideas se movían entre el nacional socialismo, la psicología escolástica y el kräpelinismo devaluado. El primer aspecto corresponde al filogermanismo apasionado que Vallejo Nájera manifestaba en todos los aspectos. Las doctrinas psicológicas más radicales de la Alemania nazi se reflejan directamente en los escritos de Vallejo en los años treinta, entre cuyos títulos se encuentran: *La asexualización de los psicópatas* (1934), *Eugenesia de la hispanidad y regeneración de la raza* (1937), *Psicopatología de la conducta antisocial* (1938), *Política racial del nuevo Estado* (1938), (1938-39). [...] También en autores de la época menos extremistas que Vallejo Nájera se repite con frecuencia la afirmación de una hipotética antropología esencialmente española, que recogería los valores eternos de la cultura y la raza hispánicas para servir de base a la psicopatología y a la psicoterapia propias del pueblo español. Frente al esfuerzo de los años veinte y treinta por abrirse a la cultura y a la ciencia europeas, en los cuarenta España se cierra sobre sí misma y sus psiquiatras sueñan con una ciencia autóctona basada en las esencias inmutables de la españolidad», (J. Lázaro, 2000 punto 4, párrafo 3 y 4)).

La psiquiatría teorizada por Vallejo Nájera sigue las propuestas de Santo Tomás en la que la enfermedad mental supone una alteración en las funciones del alma y su práctica deberá ser el sometimiento disciplinario. Su psiquiatría es un instrumento al servicio del Estado, propone nuevas locuras asociadas a una herencia que hace particularmente vulnerable al marxismo o trastornos específicos de los prisioneros de guerra.

Como vemos su ideología impregna toda su obra y práctica, siguiendo de nuevo a Rendueles (2009) éste nos describe su “peculiar” concepto de higiene mental:

«Trataba de conciliar eugenesia darwinista nazi con el nacional catolicismo, lo que le llevo a crear estructuras disciplinarias del estilo del Patronato de Protección a la Mujer, donde se juntaban policías, beatas y psiquiatras en un panóptico de vigilancia y control de la mujer, se iniciaba con la vigilancia moral en cines o bailes y podía terminar en correccionales tutelados por monjas con unidades manicomiales para irreductibles», (Rendueles, 2009, 144).

El mismo Vallejo Nájera, que como hemos podido comprobar no participó en absoluto de ideas reformista, efectuó sin embargo en 1958 “*una tremenda denuncia de los manicomios públicos españoles*”. Denuncia rápidamente contestada por otra figura esencial de la época, López Ibor, quien no sólo niega la deficiente asistencia, sino que ve innecesaria cualquier organización diferente; ya que a su juicio “*la asistencia ofrecía suficiente seguridad y protección*”, (González Duro, 1987, 25-26).

En 1972 desaparece el PANAP, y sus funciones las asume un nuevo organismo, la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). En los centros del AISNA podía ser atendida cualquier persona, diferenciándose cuatro situaciones: Primera, de carácter privado. Segunda, la que debían abonarse las tasas estipuladas. Tercera, la de los pacientes sin recursos incluidos en la Beneficencia General del Estado, la constituían los indigentes, cuyas tasas debían ser abonadas por la diputación provincial. Cuarta y última, se encontraban beneficiarios de la seguridad social, cuya estancia debía ser sufragada por el INSALUD.

En la segunda mitad del régimen franquista, se pusieron en marcha tres Planes de Desarrollo (1959, 1968, 1972) que incluyeron en sus presupuestos partidas para la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos (los organismos internacionales los tomaban como uno de sus indicadores para calificar el grado de desarrollo de un país), creándose nuevos hospitales, como el Alonso Vega de Madrid, el Hospital Psiquiátrico de Bétera en Valencia, el de Miraflores en Sevilla y el Virgen de la Purificación en Albacete. Todos ellos espléndidos edificios. Eso sí, alejados de los centros urbanos y con notables carencias de personal, tanto en número como en formación. Además, la mayor parte de ellos contaban con más de 1000 camas, en contra de todas las modernas propuestas asistenciales y la recomendación de la OMS de no superar las 500 camas, (González Duro, 1987, 63).

Las estimaciones siempre aproximadas del número de enfermos acogidos en los hospitales psiquiátricos varían según la fuente. González Duro (1980, 127) refiere que año a año las camas psiquiátricas no dejaban de aumentar de manera muy notable, pasando de las 30755 de 1956 a las 42751 en 1970, con un índice de 1,26 camas por 1.000 habitantes. Pero eso era todo. Como se desprende de los datos aportados por González de Chávez (1980, 125) su movilidad o índice de rotación era muy pequeño, siempre por debajo del 20 % y, por consiguiente, con estancias medias muy elevadas.

Las órdenes religiosas hospitalarias gestionaban en 1963 el 47.4% de las camas psiquiátricas (18856), bajo una supuesta ideología caritativa. González Duro (1987, 42) describe como estas organizaciones prestan una asistencia “parasitaria” de las diputaciones o de otras instituciones, de forma indefinida y sin ningún control, lo que suponía una importante fuente de ingresos que podía destinarse a nuevas inversiones. El tiempo de estancia media de los pacientes en estos centros es muy superior a la de otros centros públicos o privados. Siguiendo los argumentos de González Duro, sus administradores justificaban sus datos aludiendo a que solo ingresaban personas muy deterioradas y enfermos crónicos. Pero la realidad era que resultaban rentables porque les asegura el cobro de las pensiones correspondientes, (González Duro, 1987, 72-73).

Lo cierto es que los balances económicos de los hospitales pertenecientes a las órdenes religiosas no se hacían públicos y, por lo general, siguieron sin conocerse. Un ejemplo orientativo lo obtenemos del Hospital Psiquiátrico de Conxo, bajo la tutela de la Curia Compostelana hasta su venta a finales de los años 60 a su principal cliente, la Diputación de Coruña ⁶⁹. Durante el primer año tras su adquisición por la Corporación Provincial se mantuvo el mismo régimen de gestión, atención y recursos, comprobándose a fin de año que la institución había generado un beneficio económico que se acercaba a las 100000 pesetas mensuales, en su mayor parte procedentes del pago de estancias por la propia Diputación. Realmente, resultaba un rendimiento que pocas empresas de la época lograban, y que todo indica que en años previos aún debió ser mayor. La sorpresa de tal “descubrimiento”, con la renuncia de la Diputación a lucrarse con tal tipo de negocio, sin duda fue determinante para la puesta en práctica de la conflictiva reforma de la institución acometida pocos años después, reforma que se convirtió en un referente del contexto asistencial español.

De hecho, desde finales de los años 60 se producen tensiones entre algunas Diputaciones y las órdenes religiosas gestoras. El coste de las estancias les resultaba enormemente gravoso. Esto les condujo a restricción presupuestaria que obligó a las órdenes a modificar sus planes asistenciales al objeto de mejorar sus condiciones haciéndolas más decorosas, inclinando cada vez más su orientación hacia la asistencia privada y disminuyendo el número de sus camas, que pasó de 18886 en 1963 a 10969 en 1973, (González Duro 1987, 48-54).

No debemos dejar de citar los Dispensarios de Higiene Mental, creados en 1943 por un decreto de la dirección General de Sanidad y dependientes de las Jefaturas Provinciales de Sanidad. Eran de carácter preventivo pero no fueron dotados de plazas hasta 1950. En todo caso fueron escasísimas (no llegó a una por provincia) y mal remuneradas. Por lo que su contribución en la asistencia fue marginal, sin llegar siquiera a adquirir un valor testimonial.

⁶⁹ la alusión a la escandalosa situación en la que estaban internados los enfermos de su provincia de origen, manifestada por el propio Franco en una visita a Santiago, influyó en el acuerdo de venta del centro.

El aspecto más extenso de la asistencia psiquiátrica, es decir, los internamientos, siguieron pues al margen de la protección de la Seguridad Social. La asistencia extrahospitalaria quedó prácticamente abandonada a lo que pudieran hacer los neuropsiquiatras de zona en sus dos horas diarias de dedicación, compaginando neurología y psiquiatría.

En la década de los 70 el aislamiento se hizo insostenible, permeabilizándose el país a las nuevas propuestas procedentes de diferentes lugares del mundo. Se incorporó el concepto de sector, como un buen instrumento para atender mejor a una comunidad concreta y evitar el traslado de los enfermos fuera de su zona de residencia.

A partir de 1972 se va consolidando un movimiento de crítica a las condiciones en que se encontraba la asistencia psiquiátrica, a favor de iniciar una política de apertura hacia fórmulas comunitarias. Política que desde su inicio tuvo una estrecha relación con movimientos europeos similares. Destacada fue la influencia determinante del movimiento italiano de “Psiquiatría alternativa” que lideraba F. Basaglia. Rendueles define esta situación como: “*el problema central deja de ser la locura para centrarse en el escándalo del encierro de esa locura y echar abajo los muros de los asilos*”, (Rendueles, 2009, 139).

Lo que había comenzado como una crítica ante una realidad asistencial deteriorada y sin futuro fue madurando. Primero con las ideas de la psiquiatría comunitaria. Luego con una formulación más sólida de un modelo desinstitucionalizador. Lógicamente condicionado por el cambio político en el que se enmarcó la transición en nuestro país desde una dictadura a una democracia. Transición pacífica aunque llena de tensión. Pero ello será tema a considerar en el capítulo IV.

2.3.2 El contexto internacional. Un cambio de mentalidad

Como todo proceso social, la Reforma Psiquiátrica española fue posible y se configuró con sus propias características en función de un conjunto de hechos y factores que la precedieron y condicionaron. Aquí analizamos los antecedentes de dicha reforma, repasando tanto las ideas y criterios de mayor relevancia en su contexto social, como algunos de los movimientos que confluyeron en la creación de una amplia conciencia ciudadana sobre la necesidad de transformar la asistencia que se estaba prestando al enfermo mental.

Para su mejor comprensión, la contextualización de la Reforma Psiquiátrica en nuestro país debe extenderse al marco internacional que la precedió, conformado por una serie de experiencias de cambio que ayudaron a sentar las bases y orientar los posteriores movimientos reformistas surgidos en España. Contextualización que por ello habrá de constituir la introducción de nuestro análisis.

Al adentrarnos en la bibliografía de la que disponemos acerca de esta cuestión, me inclino por suscribir la propuesta de Huertas (2008), que se aproxima al estudio de su historiografía social y crítica contextual centrando su interés “*en los espacios de la locura y la institucionalización de la marginación, subrayando los aspectos coercitivos, segregativos y marginadores de la atención al enfermo mental en los asilos para locos*” (Huertas 2008, 25). Según este autor, las aportaciones iniciales fundamentales las encontramos en Goffman (1961), Szasz (1961) y Foucault (1967), que sentaron las bases del movimiento antipsiquiátrico. Otros autores, como Döner (1969), Castel (1976) y Scull (1979), ya en los años setenta, ampliaron la perspectiva mediante estudios que siguieron fijándose en el alienante funcionamiento de los manicomios sobre las personas en ellos recluidas. En nuestro país, como pioneros en el seguimiento y la difusión de la teoría de inspiración foucaultiana, sobresalen Peset (1983) y Alvarez-Uría (1983).

Fijándonos en el contexto internacional, los primeros movimientos reformistas que realmente consolidaron cambios en la atención aparecen tras la II Guerra Mundial. Los horrores del conflicto, coincidiendo con un periodo de crecimiento económico, y como efecto social surgieron movimientos cívicos a favor de la democracia y los derechos individuales, cuyo fin era promover una sociedad más libre e igualitaria. Movimientos que fueron convergiendo en un replanteamiento de las relaciones nacionales e internacionales en un sentido más democrático y fundamentado en un consenso para la formulación y defensa de un conjunto de derechos humanos, derechos que debieran ser considerados fundamentales e inquebrantables.

En efecto, como tras toda gran guerra, se generó un escenario de solidaridad en el que las naciones trataban de superar los trágicos estragos del mayor conflicto y genocidio jamás conocido, intentando crear un nuevo orden internacional mediante la revalorización de la democracia institucional y las libertades ciudadanas. Algunos de sus principales logros quedaron plasmados en el “Pacto contra el Genocidio”⁷⁰ y la “Declaración de los Derechos Humanos”.⁷¹ La creciente apertura hacia la defensa de los derechos humanos, en un ambiente de mayor sensibilidad democrática, y también al amparo del crecimiento económico, genera una nueva mentalidad, más sensible e innovadora. Sensibilidad social que toma conciencia y denuncia la situación en la que se encontraban los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas.

⁷⁰ Convención para la prevención y la sanción del delito de genocidio un documento de Naciones Unidas aprobado en 1948. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/ley/tratado.html>

⁷¹ La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), firmado el 10 de diciembre de 1948 en París; en ésta se recogen en sus 30 artículos los derechos humanos considerados básicos, a partir de la carta de San Francisco de 1945. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/ley/tratado.html>

Otros factores confluyen en este periodo histórico, resultaron ser los pilares en los que pudieron apoyarse los movimientos reformistas psiquiátricos occidentales y el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica. Éstos estuvieron constituidos por los siguientes hechos:

1)-Una importante convergencia intelectual hacia un cambio de mentalidad social, influida por la filosofía existencialista, que en los años 60 culmina con el mayo francés y sus planteamientos antiautoritarios.

2)-La creciente difusión de las técnicas psicoterapéuticas y el psicoanálisis como un nuevo paradigma de comprensión de la mente humana y sus trastornos.

3)-El movimiento de la antipsiquiatría.

4)-El descubrimiento de los medicamentos psicotrópicos, que realmente supusieron un avance trascendente que facilitó la desinstitucionalización de los pacientes y su tratamiento ambulatorio, con la consiguiente disminución del número de internados

Ciertamente, la aparición de los psicofármacos se convirtió en un factor imprescindible para que las acciones se decantaran hacia la desinstitucionalización, pero ésta no solo se apoyó en ellos. De hecho, previamente, en la inmediata posguerra, y concretamente en Francia, ya habían empezado a formularse nuevos modos de intervención comunitaria hacia los pacientes que habían quedado fuera de sus centros de reclusión tras su bombardeo, configurando los fundamentos del modelo francés.

Complementariamente, el movimiento desinstitucionalizador pronto supo aprovechar las posibilidades de los fármacos, cuyas primeras moléculas con real potencialidad antipsicótica fueron aportadas en los años cincuenta del pasado siglo, precisamente en Francia por Delay, Deniker y Laborit⁷². Y finalmente, la consolidación de un cambio en el modelo de atención al enfermo mental, también resultó favorecida por el soporte que le ofrecieron los movimientos ideológicos y sociales y su presión a favor de la modificación del modelo oficial tradicional, basada en el manicomio.

Según Desviat (1994), tanto en los primeros movimientos de reforma como en los que más adelante se sucedieron coincidieron una serie de condiciones favorecedoras:

«En primer lugar un clima social que permitiese como a veces exigiese la toma de conciencia y denuncia de la situación manicomial. En segundo lugar la apertura de un proceso de consenso técnico, político y social que propiciara la elaboración de nuevos objetivos alternativos. Y por último un movimiento de legitimación administrativa, que implica un compromiso político, al que había de sumarse un grupo de profesionales capacitados y luchadores dispuestos a poner en práctica los cambios», (Desviat, 1994, 30).

⁷² Quizá no por casualidad, en la medida que su rentabilización favoreciendo una incipiente nueva práctica extrahospitalaria, seguramente retroalimentó la financiación de su investigación y desarrollo.

Junto a tales factores, entendidos como condiciones comunes y necesarias para que se inicie un proceso de cambio de modelo asistencial, existen otros factores que darán cuenta de las diferencias que se pueden encontrar en la evolución de los procesos particulares de cada país. Éstos estarán vinculados a las características socioeconómicas concretas de un determinado lugar y región, destacando en su importancia las características de su régimen asistencial sanitario, su organización, y su nivel de cobertura. Factores que condicionarán el modelo de desinstitucionalización, el tipo de estructuras alternativas a implementar, así como los niveles y fórmulas preventivas que será factible aplicar. En última instancia, la dotación de recursos que la sociedad provee a la experiencia de reforma psiquiátrica.

El proceso desinstitucionalizador, siguiendo el criterio de García González (2000), atraviesa tres etapas: La primera relacionada con el estudio de los efectos perversos de las "instituciones cerradas", con la crítica a su organización y funcionamiento y también con las innovaciones terapéuticas introducidas tras la II Guerra Mundial. Su objetivo no es la desaparición de los hospitales psiquiátricos, sino la modificación de su estructura y funcionamiento. La segunda se asocia con la publicación, en EE.UU., de la "Action for Mental Health", en 1961, formulando nuevas políticas asistenciales que pretendían cambiar el sistema de cuidados al enfermo mental, haciendo de los centros de salud mental el eje de la atención. Finalmente, en las experiencias de transformación psiquiátrica, por ejemplo en Italia e Inglaterra, se postula una nueva manera de entender el manejo de la enfermedad mental, las relaciones de los enfermos psiquiátricos con la sociedad y la provisión de las medidas asistenciales precisas para satisfacer sus necesidades. Esto es, la "normalización" de los cuidados y de la relación del paciente con la sociedad. Lo que implica en esencia, la superación del "estatuto especial" que tradicionalmente ha caracterizado al enfermo mental, (García González, 2000).

Del análisis histórico de los cambios aparecidos en los diferentes países se distinguen tres dimensiones: la política, la social y la técnica. A lo largo de lo que resta del presente capítulo vamos a considerar y valorar sucintamente las diferentes experiencias en estas tres dimensiones. Nos centraremos en aquellas que sirvieron de referencia para la posterior reforma psiquiátrica en España, bastante más tardía y, por lo tanto, condicionada por los aciertos y errores de sus precedentes.

Como podremos ver las posibles influencias en nuestra reforma, son muy heterogéneas y a menudo dispersas, lo que principalmente atribuimos a la complejidad del problema al que se pretende responder. Utilizaremos las fases propuestas por García González (2000). Además de ayudarnos a organizar mejor la información tiene la ventaja de aportar una visión evolutiva de un proceso cuyo propósito es avanzar paulatinamente hacia la normalización de la enfermedad mental. Repasaremos las sucesivas aportaciones de mayor trascendencia para el desarrollo de los procesos de cambio, a saber:

- 1- El denominado movimiento de la antipsiquiatría.
- 2- Los centros de salud mental comunitarios estadounidenses.
- 3- El sector francés.
- 4- Las comunidades terapéuticas inglesas.
- 5- El movimiento psiquiátrico democrático italiano.

2.3.2.1 La antipsiquiatría

Los movimientos antipsiquiátricos comenzaron a florecer en los años 60, simultáneos a la publicación de una serie de libros que prioritariamente destacan por la crítica y el frontal cuestionamiento de las prácticas psiquiátricas del momento. Prácticas que consideran en su conjunto, herramientas represivas al servicio del control social, recursos institucionalizados que contribuyen a cronificar e incluso provocar las disfunciones. Al tiempo que reniegan de la interpretación biologicista de la enfermedad mental y, como alternativa, defienden que la enfermedad mental tiene un origen social y su tratamiento debe abordarse desde este ámbito.

Dada la singularidad y libertad intelectual de los ideólogos de la antipsiquiatría, a la que probablemente hay que sumar la complejidad de las perspectivas ofrecidas por el problemático psiquismo humano y el sufrimiento mental, no existió una escuela homogénea o corriente ideológica que propusiera postulados teóricos compartidos y coherentes. En este contexto, nos resulta útil la propuesta de los psiquiatras Fábregas Poveda y Calafat (1975),⁷³ quienes diferencian tres direcciones fundamentales dentro de la antipsiquiatría: a) la fenomenológico-existencial en la que incluyen a Ronald Laing y Aarón Esterson, b) la político-social con Cooper, Basaglia, Deleuze, Guattari y el "Colectivo Socialista de Pacientes" (SPK), y c) de carácter ético-sociológica, con Thomas Szasz a la cabeza.

Nos detendremos en los más significativos representantes del movimiento antipsiquiátrico, Foucault, Szasz, Goffman, Laing, Cooper y Sheff.

⁷³ Calafat A. Fábregas Poveda JL. (1975). Política de la Psiquiatría, Barcelona, ZYX. Citado por Galvan V. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009, Vol. 29, nº 104, p. 493.

Michael Foucault

La publicación en 1961 de la “*Historia de la locura en la época clásica*” de Foucault,⁷⁴ es unánimemente considerada como un hecho clave para el ulterior surgimiento del movimiento antipsiquiátrico. Aunque, como advierte Galván (2009, 485), dicha publicación apenas obtuviera inicialmente trascendencia hasta su traducción al inglés en versión reducida en 1967, bajo el título “*Locura y civilización*”. Esta versión convirtió a Foucault en un autor de culto en los círculos progresistas, resultando un aglutinador de la conciencia crítica del momento que hasta entonces aparecía dispersa y discontinua.

Hasta 1966 no se hallan referencias a la Tesis Doctoral de Michel Foucault. Es el movimiento de Mayo del 68 el espacio social e ideológico en el que sus análisis encuentran acogida, el mismo Foucault reflexiona en este sentido:

«...lo que yo había intentado hacer en este campo (se refiere a la Historia de la locura) fue recibido con un gran silencio por la izquierda intelectual francesa. Y solamente alrededor del 68, superando la tradición marxista y pese al Partido Comunista, todas estas cuestiones han adquirido su significación política, con una intensidad que no había sospechado y que mostraba bien en qué medida mis anteriores libros eran todavía tímidos y confusos. Sin la apertura política realizada estos mismos años no habría tenido sin duda el valor de retomar el hilo de estos problemas y seguir mi investigación del lado de la penalidad, de las prisiones, de las disciplinas», (Foucault, 1967, 177).

Sin duda, el Mayo del 68 influyó notablemente en la vertiente política de la trayectoria de Foucault, además de servir para que un auditorio contestario lo descubriera. Sus principales temas de interés tienen la particularidad de resultar confluentes y hacerlo de forma recurrente: los locos y los manicomios, los marginados y las cárceles, los inmigrantes y las fábricas, los objetores de conciencia y los cuarteles, los estudiantes y la disciplina, etc. Realmente “*encontró integrados en estos movimientos muchos de los problemas que anteriormente se había dedicado a investigar y que con el Mayo del 68 recibieron un estatuto político. Un ejemplo importante: la contestación psiquiátrica*”, (Morey 1978, 48).

Rodríguez Jaramillo (2001), en su estudio sobre el pensamiento de Foucault explica como éste intenta construir una historia de la locura no fundamentada en los discursos históricos sino en las condiciones de producción de esos discursos, y considera la enfermedad mental una experiencia históricamente constituida, conformada por prácticas institucionales, y procesos socio-económicos, de cuya confluencia surge la figura cultural de la enfermedad mental.

Así, Foucault entiende la locura como una construcción social y sus formas de expresión, serán fruto del discurso coyuntural en función de las condiciones socioeconómicas y también de los intereses políticos y científicos. Su análisis consiste en desentrañar la evolución del concepto de locura a través de la historia y las relaciones entre este concepto y el pensamiento de cada momento histórico, bajo la premisa de que

⁷⁴ Foucault M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica*, 2 tomos, México, Fondo de Cultura Económica.

las presiones que las sociedades ejercen sobre sus integrantes son las causantes de su alienación, condenándoles posteriormente a la reclusión y al abandono. Desde el punto de vista de Foucault las actitudes históricas ante la locura se pueden clasificar en tres períodos o épocas: (a) El Renacimiento, definido por el embarco de los locos en el siglo XV, (b) la época Clásica durante los siglos XVII y XVIII, identificada por su encierro en el Hospital General y (c) la época Moderna, caracterizada por la ilusión liberadora del Dr. Pinel y su proyecto de medicalización. A través de esta clasificación Foucault trató de evidenciar que la división occidental entre razón y locura es un fenómeno dirigido a ocultar la locura, con la complicidad explícita de las prácticas psiquiátricas, (Huertas, 2001).

Se clarifica así que durante la época del Gran Encierro la locura es una más de las situaciones de marginación social como el mendigo, la prostituta o el libertino. Todos son excluidos en tanto son una amenaza para la moral, la religión o el sistema económico, (Jorquera, 2001, párrafo 10).

Jorquera (2001, párrafo 14) describe como Foucault muestra que la búsqueda de un trato más humanitario a los locos persigue en realidad “*una especie de expiación de la mala conciencia para con ellos*”. La Declaración de los Derechos Humanos exige la redefinición jurídica del loco para justificar su internamiento. El discurso médico-psiquiátrico presenta la reclusión de los locos como una forma de protegerles, y no “*como una forma de doblegar su conflictiva diferencia en amparo de la paz social*”. Es en este proceso situado a finales del XVIII cuando la locura empieza a ser considerada como una enfermedad. Y de este modo se desarrolla el primer discurso psiquiátrico moderno: el alienismo.

También es preciso recordar que la medicalización de los locos ocurre en un momento en que las leproserías quedan sin función una vez la epidemia queda extinguida. El encierro de la locura va a ser la nueva función de estas instituciones. Encierro que sirve al mismo tiempo para mantener el orden social, laboral y moral y ofrecer un trato humanitario basado en un conocimiento supuestamente objetivo de la locura y el desarrollo de la terapéutica, (Porter Roy, 2002).⁷⁵ Para Foucault se trata de la sustitución de las cadenas por una sujeción más sutil: la conciencia de estar mentalmente enfermo. Ésta actúa como autodisciplina tan eficaz o más que la del Hospital. Los locos pasan de ser seres insensatos a los que había que ignorar, a un ser alienado que requiere una atención para poder curarle. Así se transforma la percepción tradicional del loco, que ahora es un enfermo, (Morey, 1978, 50).

Foucault utiliza la perspectiva histórica para cuestionar las justificaciones del orden explícito de las cosas. Rastrea los comienzos históricos de unos supuestos valores, que, en realidad, sirven a unos fines ocultos relacionados con el poder social y corporativo de

⁷⁵ Porter Roy (2002) Historia de la locura. Turner. Fondo de cultura Económica. Citado por Vásquez Rocca A. (2002). En reseña/resumen de Breve historia de la locura de Porter Roy. Revista en Internet. Disponible en: <http://www.indabook.org/d/HISTORIA-DE-LA-LOCURA-Roy-Porter-Breve-historia-de-la.pdf>. P. 3

la psiquiatría. Ayudó, sin duda, a la configuración de las teorías antipsiquiátricas, pero el pensamiento de Foucault trasciende a dicho movimiento. Partiendo de su análisis de las instituciones psiquiátricas y siguiendo con su modelo de la lepra y de la peste, y el Panóptico (como concepto tanto psiquiátrico como social), cuestionará a fondo en su obra los paradigmas vigentes sobre el ser humano y el control social, control que determina la forma en que todo el mundo debía pensar para ser considerado como normal, y los mecanismos para reconducir o aislar lo establecido como fuera de la norma.

Estas cuestiones introducen otro de los temas claves en esta obra de Foucault, las relaciones entre saber y poder al tratar de mostrar cómo el saber psiquiátrico se genera a posteriori para respaldar y escudar una práctica de dominación previa, de manera que no se le puede considerar producto del progreso científico:

«Cuando escribí Historia de la locura, mi problema era cómo esta institución que denominamos encierro psiquiátrico pudo estar en el origen de todo un saber que sólo existía para justificar su funcionamiento», (Foucault, 1992, 123).

Y da un paso más con su forma de argumentar:

«Si se toma un saber como la psiquiatría, ¿no será mucho más fácil resolver la cuestión, en la medida en que el perfil epistemológico de la psiquiatría es bajo y que la práctica psiquiátrica está ligada a toda una serie de instituciones, exigencias económicas inmediatas y urgencias políticas de regulación social? ¿Acaso en el caso de una ciencia tan dudosa como la psiquiatría no se puede captar de un modo mucho más cierto el encabalgamiento de los efectos de poder y saber?», (Foucault, 1992, 175-176).

Thomas Szasz

En 1961, Thomas Szasz publicó “*El mito de la enfermedad mental*”, (con reediciones posteriores en 1976, 1994, 2008), obra considerada como el acta fundadora de la antipsiquiatría (aunque el autor nunca se consideró antipsiquiatra). Parte de un extenso análisis sobre la historia para cuestionar toda la nosología psiquiátrica imperante, planteando que los psiquiatras no se enfrentan con patologías verdaderas sino con problemas sociales y personales:

«Es corriente definir la psiquiatría como una especialidad médica dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Esta definición es inútil y engañosa. La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal», (Szasz, 1961, 177).

Con “*El mito de la enfermedad mental*” se inició un debate mundial sobre los denominados trastornos mentales. Defiende que éstos son una serie de conceptos médicos y psicológicos, cuyo uso legitima el uso de fuerza psiquiátrica para controlar y limitar el desvío de las normas sociales.

Para Szasz la mente no es un órgano anatómico como el corazón o el hígado por lo que hablar de la enfermedad mental no es una propuesta aceptable. A su juicio no hay correlato orgánico en la mayoría de las llamadas enfermedades mentales, ni lesión neurológica, ni trastorno químico, ni mucho menos un gen de la locura. Salvo en casos

excepcionales la enfermedad mental no se corresponde con una realidad objetiva de comportamiento ni con fenómenos bioquímicos determinantes, sino con una etiqueta negativa o una estrategia de supervivencia del sujeto en un mundo hostil. A su modo de ver, la locura poseía su propia verdad, entendiendo la psicosis como un proceso de curación que no debería ser suprimido con fármacos, (Vásquez Rocca, 2011, 8).

En 1970 Szasz publicó *“La fabricación de la locura”*, en donde compara la Inquisición y el Movimiento de la Salud Mental y realiza un estudio histórico enfocado a demostrar que: *“con el declinar del poder del Estado Teocrático, la alianza del Estado y la Religión, y el ascenso del poder del Estado Terapéutico, la alianza del Estado y la Medicina y, en particular, la Psiquiatría, el mito teológico de la herejía fue remplazado por el mito científico de la enfermedad mental, la persecución de brujas y herejes por la persecución de pacientes mentales y drogadictos, y la poderosa burocracia papal de la Inquisición por la poderosa burocracia estatal de la Psiquiatría Institucional”*, (Vásquez Rocca, 2011, 15).

Thomas Szasz se convirtió en abanderado de la lucha contra los internamientos psiquiátricos, defendía que la enfermedad mental no existe, que los locos expresan realidades que no interesa airear y que son los psiquiatras los encargados de silenciarlo, como recuerda Vasquez Rocca, Szasz denuncia que:

«Lo que se denomina enfermedades mentales son los comportamientos de individuos que nos perturban. La esencia de la locura es el disturbio social y el tratamiento que se aplica a aquellos que la “padecen” se asimila al de un cargo político en el marco de un Estado totalitario, el de disidencia. Así la psiquiatría es también un emplazamiento de lo que se ha denominado como el Estado Terapéutico. [...] La Psiquiatría Institucional comprende todas las intervenciones impuestas a las personas por los demás. Su característica social más destacada es el uso de la fuerza o del engaño», (Vasquez Rocca, 2011, 9).

Erving Goffman

El sociólogo Erving Goffman (1961) en su ensayo *“Internados”*, introdujo el concepto de “institución total” para designar un *“lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”*. Prototipos de instituciones totales son las cárceles y los hospitales psiquiátricos. Goffman (1961), las describe:

«...las instituciones totales lo son en tanto en ellas todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad, afectando su regla a un amplio número de miembros que reciben idéntico trato y a los que se les demanda que hagan juntos las mismas cosas. Toda la actividad cotidiana está estrictamente programada, de modo que cualquiera de ellas se produce en un determinado momento y conduce ineludiblemente a la consiguiente, en una secuencia rigurosamente establecida en un sistema normativo claramente explícito y jerárquicamente impuesto», (Goffman, 1961, 19).

El ensayo *“Internados”* fue resultado de una investigación de campo que desarrolló entre 1955 y 1956 en el hospital psiquiátrico St. Elizabeth, en Washington, institución

con más de siete mil internos. Goffman pretendía “*aprender algo sobre el mundo social de los pacientes hospitalizados, según ellos mismos lo experimentaban subjetivamente*” (Goffman 1961, 9). En el transcurso de su investigación trató de pasar desapercibido presentándose como ayudante del director de gimnasia, aplicando estrategias microsociológicas explícitamente próximas a la etnología, (Goffman, 1999), (Joseph, 1999).

Goffman entendía que cualquier grupo estable desarrolla una conducta que, examinada adecuadamente aparece como significativa y razonable, proponiendo que la mejor manera de analizar las pautas que siguen tales grupos se encuentra en someterse personalmente a la rutina diaria de sus miembros y, de este modo, reconocer los efectos que sus dinámicas producen en las personas. Su concepto de “institución total” y las conclusiones de su estudio tuvieron una determinante influencia en las reformas institucionales de los años setenta que afectaron a orfanatos, hospitales, cárceles y manicomios.

Ronald D. Laing

Ronald Laing adquirió sus primeros conocimientos psiquiátricos durante su servicio militar obligatorio en el ejército inglés, entre 1951 y 1953. Posteriormente ejerció en Glasgow como especialista en psiquiatría entre 1953 y 1956 en un hospital psiquiátrico y en tareas universitarias de enseñanza. En 1957 Laing pasó a desempeñar un puesto en la clínica Tavistock de Londres y estudió en profundidad la literatura freudiana y neo-freudiana y los trabajos de escritores de corte existencialista, tanto filosóficos como literarios.

Fruto de sus observaciones y experiencias sobre el comportamiento de los esquizofrénicos crónicos unido a su bagaje intelectual, en 1960 publicó “*El yo dividido*”. Es una obra de clara influencia existencialista. Sin romper todavía por completo con la psicopatología fenomenológica tradicional, empezó a vislumbrar la importancia de las relaciones familiares en el inicio y evolución de los síntomas psicóticos.

En su obra “*El yo y los otros*” (1974), amplió su teoría de la influencia familiar, sobre la base de la teoría del “doble vínculo”,⁷⁶ identificó un proceso de distorsión de la comunicación intrafamiliar en el curso del cual la víctima se veía sometida a mensajes contradictorios simultáneos, uno explícito y el otro abstracto. A causa de ello acaba adoptando conductas incomprensibles para los demás que determinan que sea diagnosticado como esquizofrénico.

La esquizofrenia no es, por tanto, para Laing una enfermedad de origen desconocido, sino una reacción ante situaciones sociales. Visto así, el lenguaje esquizofrénico deja de ser incomprensible, entendiéndose este autor que tras cada manifestación psicótica se encuentra un intento de comunicación. Un grito de alarma, que hay que saber interpretar.

⁷⁶ Teoría inicialmente concebida por el G.Bateson y seguida por las investigaciones del grupo de Palo Alto (J.Aeakland y D.Jackson)

Laing advierte, que *“la locura no es necesariamente sólo colapso sino también descubrimiento. Es una liberación potencial y una renovación lo mismo que esclavitud y muerte existencial”*.⁷⁷ En 1965 fundó en un barrio obrero al este de Londres el Kingsley Hall, una comunidad (se evitaba el término “hospital”) en la que los residentes y los psiquiatras convivían bajo el mismo techo, dedicándose los profesionales a “ayudar” a los pacientes a superar las prolongadas regresiones que caracterizan a la esquizofrenia.

David Cooper

En *“Psiquiatría y antipsiquiatría”*, publicado en 1967, Cooper analiza su experiencia al frente de “Villa 21”, un pabellón para jóvenes esquizofrénicos inaugurado en 1962 en el interior de un gran hospital del noroeste de Londres. En esta unidad, buscó cambiar el rol tradicional de médicos y pacientes, e investigar la interacción familiar y grupal en la esquizofrenia. Los pacientes gozaban allí de total libertad, sin normas ni imposiciones, participando activamente en el funcionamiento del centro a través de asambleas conjuntas con los miembros del personal. Se intentaba así superar *“la frontera particularmente amenazante que separa personal y paciente, salud y locura”* (Cooper, 1972, 96). La selección del personal que trabajó en este pabellón se realizó buscando a aquellos *“enfermeros y cabos más jóvenes cuya actitud hacia el trabajo era menos probable que hubiera sido deformada por la institucionalización”* (Cooper, 1972, 96-97). Había una reunión diaria de toda la comunidad y varias reuniones grupales con fines distintos (terapias, grupos de trabajo, encuentros colectivos del personal...). Se intentaba mantener una relación más abierta y participativa con los jóvenes ingresados.

“Villa 21” resultó una experiencia pionera. Se pudo mostrar la falta de fundamento y los numerosos prejuicios sobre los que se sustentaban las prácticas psiquiátricas tradicionales (imposiciones horarias, sexuales, terapéuticas...). Respecto al balance final de la experiencia, Cooper expone que sin la aplicación de electroshocks, con un uso muy reducido de tranquilizantes, asociado a una terapia conjunta de familia y ambiente, se consiguieron iguales o mejores resultados terapéuticos que con cualquier otro procedimiento.

Cooper (1972) denuncia la incapacitación que la sociedad impone a algunos de sus miembros etiquetándolos de “esquizofrénicos” su sujeción a la violencia (entendida en su sentido más amplio y no sólo como violencia física) ejercida sobre ellos por los “sanos” con la “complicidad” de los psiquiatras. Violencia que alcanza su máxima expresión en el internamiento manicomial.

Pensaba que en la institución psiquiátrica tradicional el personal aplicaba una “irracionalidad institucional” (es decir, un conjunto de defensas erigidas contra peligros que son más ilusorios que reales), así como que la conducta violenta de muchos pacientes

⁷⁷ Citado por: Vásquez Rocca A. (2011). Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental. Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, nº 31 (2011.3), Universidad Complutense de Madrid, p. 12.

mentales “es proporcionalmente reactiva a la restricción física” que se les impone en tales instituciones. Al igual que Laing, Cooper culpa principalmente a la familia y al “doble vínculo” del proceso que conduce al futuro esquizofrénico a sumirse en una situación insostenible.

«La esquizofrenia es una situación de crisis microsociales en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares), inteligibles, hasta el punto de que aquélla es elegida e identificada de algún modo como ‘enfermo mental’, y su identidad de ‘paciente esquizofrénico’ es luego confirmada por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario por agentes médicos o cuasi médicos», (Cooper, 1967, 14).

En 1971, Cooper publicó “*La muerte de la familia*”, obra en la que critica fuertemente a la institución familiar, considerándola fracasada y heredera de la sociedad esclavista y de la sociedad feudal, proponiendo su completa desaparición. Cooper además preconizó la superación de todos los prejuicios que impone la sociedad actual. Y defendía la libertad absoluta, para la cual no dudó en sugerir el uso de drogas alucinógenas con el objeto de intensificar las posibilidades. Posteriormente, en “*La gramática de la vida*” (1974) postuló la aceptación del riesgo que representa la desobediencia a los imperativos ajenos, considerando la vida “normal” de nuestra sociedad como “una aburrida distracción hacia la muerte”.

Aunque Cooper fue quien propuso el vocablo antipsiquiatría, convirtiéndose en referente de este movimiento, él mismo nunca se consideró antipsiquiatra, le sorprendió la desmesurada popularización del término y el equívoco que podía generar, dejando constancia de ello:

«El vocablo antipsiquiatría no encierra un conjunto doctrinal ni un tipo de praxis estandarizadas, sino una serie de posturas críticas que sólo adquieren sentido en su particular contexto».⁷⁸

Thomas Sheff

En 1966 el sociólogo Thomas Scheff, de la universidad de California en Santa Barbara, contribuyó a la difusión de la corriente antipsiquiátrica con su obra “*El rol del enfermo mental*”. En la primera parte de su trabajo esbozó su teoría incorporando los aportes realizados en por autores como Erikson, Goffman, Szasz y Laing, suprimiendo la idea de “síntoma psiquiátrico” y proponiendo en su lugar el concepto de “transgresión residual de las reglas”. Incluye todas aquellas violaciones de las normas para las cuales la sociedad no acuña un rótulo específico (crimen, ebriedad, perversión), constituyendo por lo general una categoría residual llamada, según las épocas, brujería, posesión demoníaca o enfermedad mental. La segunda parte de su obra la dedicó a recoger un estudio de casos psiquiátricos concretos y el tratamiento al que fueron sometidos.

⁷⁸ Citado por Fábregas JL. Mora E. Roig A. (1977). Por una psiquiatría alternativa. El Viejo Topo, 1977, nº 15, Diciembre, p. 18-23 (19).

El análisis de Scheff se encuadra en el espacio sociológico de la conducta desviada y el debate entre lo normal y lo patológico, proponiéndonos:

«De manera específica, si bien no existen conductas individuales adaptadas a todas las culturas, hay en todas éstas, respecto al funcionamiento de la persona adulta, expectativas o roles definidos en función de la responsabilidad familiar y social. Junto con los roles establecidos, existe toda una gama de refuerzos potenciales previstos. El individuo que manifiesta una conducta inadaptada no satisface por completo las expectativas creadas por su rol, no responde a todos los estímulos realmente presentes, y no obtiene las formas de refuerzo típicas o máximas disponibles para una persona de su status. [...] La conducta inadaptada es aquella que juzgan impropia las personas claves en la vida del individuo. Esta formulación, replanteada en términos sociológicos, equivale a afirmar que la desviación es la violación a normas sociales, y determina sanciones negativas por parte de la sociedad», (Scheff, 1973, 35).

Introduce así los mecanismos de control social. Identifica en consecuencia, un vínculo entre los modelos sistémicos individuales y sociales de conducta. Esto es, cada sociedad establece sus normas y los límites aceptables en su desviación. Por ello, es la sociedad, al establecer tal definición, quién determina quien ha de ser diagnosticado de enfermo y quién no. Concluye que en consecuencia el problema real de la llamada enfermedad psíquica se concreta en un problema de etiquetas:

«La mayoría de las enfermedades mentales son, al menos en parte, un rol social. La reacción de la sociedad es normalmente el determinante más importante en la entrada en ese rol, la enfermedad mental no era sino una anomalía, al etiquetar al que incumplía las normas como enfermo mental la sociedad conseguía estabilizar la anomalía y hacer que los agentes del control social identificaran a esa persona como objetivo. Así el diagnóstico no decía nada de esa persona, sino más bien de la incapacidad del sistema para integrar una anomalía», (Scheff, 1966, 81).

2.3.2.2 Evolución de la antipsiquiatría

La etapa de máximo desarrollo de las ideas y prácticas antipsiquiátricas (años 60-70) coincide con el último gran periodo revolucionario, en el que los cimientos de todo un sistema se tambalearon. Tanto el Mayo del 68, como los movimientos antimilitaristas, los autónomos italianos de los 70 y, en general, todos los movimientos sociales que eclosionaron en esa época, influyeron y fueron influenciados por la antipsiquiatría. En 1975 se funda en Bruselas la llamada Red (Réseau) Internacional de Alternativa a la Psiquiatría (Elkaïm, Guattari, Jervis, Castel, Cooper, Basaglia, Bellini...) cuyos principios básicos ilustran perfectamente la conciencia política de los antipsiquiatras:

«Las luchas concernientes a la salud mental deben insertarse en el conjunto de las luchas de los trabajadores por la defensa de la salud y en forma coordinada con todas las luchas de las fuerzas sociales y políticas por la transformación de la sociedad. [...] No se trata para nosotros de obtener tolerancia para la locura, sino de hacer comprender que la locura es la expresión de las contradicciones sociales contra las que debemos luchar como tales. Sin transformación de la sociedad no hay posibilidad de

una psiquiatría mejor, sino sólo de una psiquiatría opresora», (Internacional de Alternativa a la Psiquiatría, 1975. Elkaïm, Guattari, Jervis, Castel, Cooper, Basaglia, Bellini...).⁷⁹

En la obra, “*El mito de la antipsiquiatría*” de Giovanni Jervis (1979), aparece un texto firmado por Cooper en el que quiere aclarar lo que significa el movimiento antipsiquiátrico:

«...despojar a este termino de algunos malentendidos y mitos que se han creado alrededor suyo, se pueden encontrar numerosos libros sobre la antipsiquiatría que tienen muy poco que ver con la idea de partida. [...] La antipsiquiatría era y continúa siendo: 1) un combate contra el poder médico, en los hospitales, la etiqueta diagnóstica y la práctica del historial secreto. 2) Un combate con miras a bloquear la experiencia con técnicas como el coma de la insulina, electrochoque, las drogas...3) Una lucha contra toda forma de detención obligatoria y 4) Una lucha contra la represión sexual característica de la institución psiquiátrica», (Jervis, 1979, 60-61).

Así queda definida la antipsiquiatría como un movimiento de resistencia frente al poder médico psiquiátrico de las instituciones y, por consiguiente, como un movimiento de lucha política.

Sin duda el término antipsiquiatría adquirió especial relevancia en determinados contextos sociales, por aglutinar un movimiento contestatario frente al orden establecido reivindicativo de derechos y libertades. El movimiento contribuyó a que se cuestionasen las grandes instituciones, el orden psiquiátrico y se contase con otros actores, especialmente con la opinión de los pacientes. Sin embargo, con el tiempo se convirtió en una rémora para una buena parte de los profesionales que pretendían la transformación de la asistencia psiquiátrica en España. Significativamente, el sociólogo Fernando Álvarez-Uría (1979) señala que: “*tras la ruidosa moda de la antipsiquiatría, son lamentables las escasas transformaciones de la psiquiatría en el campo social, sobre todo porque la ciencia médica jugó un papel decisivo en la generalización del control social de las poblaciones*”.⁸⁰ Parece que la psiquiatría oficial siguió manteniendo su preponderancia en ciertos ámbitos, en buena parte apoyándose en la desacreditación de los movimientos reformistas bajo la argumentación de su pretendido, que no real, radicalismo.

2.3.2.3 La psiquiatría comunitaria en EE.UU

El movimiento de higiene mental se origina en EEUU. El inicio de este movimiento se remonta a las ideas de Adolf Meyer (1866-1950) y Clifford W. Beers (1876-1943). Meyer propuso la equiparación de los objetivos de la psiquiatría con los de la salud pública y, en 1908, asociado con Beers, que había estado ingresado tres veces en hospi-

⁷⁹ Citado por Galván V. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol 29, nº 2, p. 485-500 (494)

⁸⁰ Álvarez-Uría F. (1976). “De la policía de la pobreza a las cárceles del alma”, *El Basilisco*, 1979, nº 8, Julio-Diciembre, pp. 64-71. Citado por Galván V. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2009, vol. XXIX, n.º 104, pp. 485-500 (497).

tales psiquiátricos, publicaron “*La mente que se encontró a sí misma*”, obteniendo una gran repercusión pública que sin duda ayudó a generar una importante conciencia social acerca de la situación en la que vivían los enfermos mentales.

De hecho, en 1909 se creó en EE.UU. el Comité Nacional para la Higiene Mental. Este movimiento se oponía al modelo de atención custodial, basado en promover la salud y mejorar el cuidado y tratamiento, lo que unido a un clima social favorable, propició la defensa del tratamiento en la comunidad de los pacientes mentales. En poco tiempo estas ideas se difundieron por toda la nación y el resto del mundo, aunque no se produjeran cambios efectivos importantes hasta pasada la II Guerra Mundial.

Con la llegada a la presidencia de Kennedy se dicta, en 1963, el “Community Mental Health Act” que se puede considerar como el mayor impulso dado desde el gobierno estadounidense a la desinstitucionalización psiquiátrica. Ese nuevo programa proponía la creación a escala nacional de servicios para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales.

La aplicación práctica del mencionado programa supuso la creación de casi 600 Centros de Salud Mental, financiados con fondos federales y distribuidos en “sectores”, dando cobertura a algo más del 40% de la población. Los principios de trabajo en estos centros eran la accesibilidad, gratuidad, disponibilidad, énfasis en la prevención de la enfermedad y búsqueda de las necesidades reales de la población en general, no solo de los que ya recibían tratamiento. Esto, desde un enfoque científico ecléctico y la responsabilización de la administración frente a la del individuo enfermo y su familia, (Desviat, 1994, 75).

Los servicios fundamentales se ubicaron en los Centros Integrales de Salud Mental Comunitaria, donde atendían urgencias y hospitalizaciones parciales, consultas externas y educación a la población. El ámbito demográfico asumido por cada centro era de 75000 a 200000 habitantes. En 1975 añadieron programas para la salud mental infantil, gerontológica, drogodependencias, evaluación y seguimiento de los ingresos en el hospital psiquiátrico estatal de referencia, así como sistemas de evaluación de los programas.

El teórico de referencia en Salud Mental Comunitaria es Caplan. Desarrolla su modelo conceptual en “*Principios de prevención en psiquiatría*”, publicado en 1964. Los conceptos básicos son el de “psiquiatría preventiva”, “población de riesgo” y la definición de los programas necesarios para reducir la prevalencia de la enfermedad mental en la comunidad (prevención primaria), la duración (prevención secundaria) y por último tratar de limitar el deterioro e incapacidad consecuyente (lo que denominó prevención terciaria). Con sus propuestas, el centro del modelo ya no es el sujeto enfermo, sino la comunidad en la que se desenvuelve y ejerce su actividad, así como los grupos y colectivos más vulnerables a sufrir un proceso patológico.

En 1967 Langsley y Kaplan diseñaron un programa de aplicación clínica de la teoría de la crisis. Surgen así los Centros de Crisis, alternativos a la hospitalización tradicional y situados en el hospital general, en los centros de salud mental comunitarios y en las estructuras médico-sociales. Su función fue “La intervención en crisis” como esquema conceptual para la psiquiatría preventiva, (Desviat, 1994, 79).

Todas estas propuestas contribuyeron a una nueva concepción de la psiquiatría, generando grandes expectativas de disminuir la hospitalización, promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y disminuir su incidencia. Sin embargo la realidad fue otra, los pacientes fueron sacados de los hospitales psiquiátricos (el número de pacientes residentes en los hospitales psiquiátricos públicos descendió en un 82% en menos de 20 años, según Bachrach (1996),⁸¹ sin que se hubiesen creado los centros de salud mental necesarios para atenderlos. Pronto resultó evidente que el modelo para ser viable requería el previo desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, ya que de los 2000 centros previstos sólo se fundaron 600, número del todo insuficiente para cumplir con la tarea asignada y que dejaba pendiente la adecuada respuesta a la cronicidad.

Cuando la desinstitucionalización comenzó en EE.UU, la intención fue llevar a cabo tres procesos simultáneamente: los pacientes saldrían de los hospitales, se bloquearía o restringiría la entrada de nuevos ingresos y se crearían servicios en la comunidad. Valorando la evolución de los acontecimientos, y aunque hubo experiencias reformistas satisfactorias, en la mayoría de los sitios se cumplieron sólo los dos primeros objetivos, salieron los pacientes de los hospitales y bloquearon la posibilidad de ingresos. En la década de los 70, una vez pasada la euforia inicial y con la progresiva reducción de fondos federales, los centros de salud creados para la atención comunitaria se fueron convirtiendo en centros privados o semiprivados, en los que los pacientes tienen que pagar por acudir a ellos y en los que cada vez se asume en menor grado las funciones para las que fueron creados.

Como refiere Moreno Küstner (2002, 44) recogiendo las cifras manejadas por diferentes estudios (Bassuk y Gerson, 1978, Goldman et al. 1981, Craig et al. 1984, Platman et al. 1983, Platman y Booker, 1984, Dorwart, 1988), los resultados son muy dispares y a menudo contradictorios, concluyendo que transcurridos 40 años desde que comenzó la desinstitucionalización todavía no es posible realizar una evaluación global del proceso en los EE.UU.

En este mismo sentido ya en 1994 Desviat describía la dificultad para conocer los resultados del proceso de la reforma psiquiátrica llevada a cabo en EE.UU:

«Algunos muestran datos muy favorables al proceso de reforma mientras que en otros se plantea de forma dramática que la desinstitucionalización constituyó una auténtica vergüenza: se suponía que el

⁸¹ Bachrach LL. (1996). Deinstitutionalisation: promises, problems and prospects. En Knudsen HC, Thornicroft G. (Eds.). *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge, Cambridge University Press. Citado por: Moreno Küstner, B (2002). Tesis doctoral. Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. Granada, Universidad de Granada, p. 43- 44

instituto iba a administrar los Centros sociales de salud mental que brotaron como hongos con la legislación de Kennedy en 1963; pero estos centros se empezaron a utilizar para dar sesiones de psicoterapia a personas que podían llevar una vida normal, y cuando en las primeras décadas de desinstitucionalización se expulsaron de los hospitales a personas con una enfermedad muy activa, no se tomaron medidas administrativas para poder hacerse cargo de estos pacientes», (Desviat, 1994,96).

Concluye que la consecuencia fue que más de un tercio de las personas sin hogar eran en realidad enfermos mentales expulsados de los psiquiátricos, incapaces de organizar sus vidas y encontrar trabajo o refugio. Y por supuesto sin los hipotéticos recursos comunitarios que debieran velar por el seguimiento de su tratamiento e integración comunitaria.

En resumen, muchos enfermos pasaron a formar parte del submundo marginal vagabundeando por las calles. Y otros muchos acabaron recalando en el sistema penitenciario. Un estudio realizado por Fuller Torrey (1988) mostró que el 14% de los presos habían estado en algún dispositivo psiquiátrico previamente. La realidad consecuente tiende a ofrecer dos alternativas diferenciadas, la de ser asistido en una de las abundantes clínicas privadas que han proliferado, o el retorno al manicomio del estado o del condado, (Desviat, 1994, 97-98).

2.3.2.4 La psiquiatría de sector en Francia

La “Psiquiatría de sector” es el modelo de asistencia sanitaria psiquiátrica que se implanta en Francia a raíz del cuestionamiento de la situación de los enfermos mentales tras la II Guerra Mundial. De hecho, en el año 1945, en pleno clima de liberación y en el marco de las Jornadas Psiquiátricas Nacionales, en Francia, se revisó la situación de la atención psiquiátrica del país. No debemos olvidar que cerca del 40% de los pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos murieron durante el genocidio nazi, (Desviat, 1994, 33).

Sus propuestas se centran en transformar los asilos en hospitales especializados. Dejan de ser un lugar único y preferente en el tratamiento para pasar a ser un elemento más en un complejo sistema de cuidados y de asistencia, incluyendo en este proceso la psicoterapia institucional.

La psicoterapia institucional supone la introducción del psicoanálisis en los hospitales psiquiátricos franceses. Esto ocurre de la mano de Tosquelles en 1940. Tosquelles es español, llegado a Francia exiliado por la Guerra Civil española tras su experiencia en Cataluña, en una de las primeras iniciativas de atención comunitaria que se conocen y frustrada por la guerra. En plena ocupación alemana se incorporó como enfermero en el psiquiátrico de Saint-Alban, donde después de volver a examinarse de los cursos de medicina llegó a ser su director, protagonizando una experiencia radical de transformación que sería el origen de la “psicoterapia institucional”, (Hernández Monsalve, 2004, 3-4).

Este modelo trata de organizar el hospital como un campo de relaciones significativas con un sentido terapéutico. Influida por el psicoanálisis, la terapia debe abarcar a todo el hospital, personal y enfermos, “es la institución en su conjunto la que debe ser tratada” Desviat (1994, 30). Es el intento más riguroso de salvar el manicomio. Recoge de Bonnafé, teórico de la psicoterapia institucional, las bases de esta filosofía.

«Frente a la desinstitucionalización anglosajona, el movimiento de la reforma francesa busca formas terapéuticas de institucionalización: reinención, revolución permanente del establecimiento psiquiátrico y creación de nuevas instituciones intermedias extrahospitalarias, sectorizando el territorio», (Bonnafé, 1960).⁸²

Es el grupo de trabajo Sevres, formado por psiquiatras y enfermeros, quienes difundieron esta sensibilidad y la necesidad de la política del sector. Sus ideas serán recogidas por la Comisión de las Enfermedades Mentales creada por la dirección de Salud mental y finalmente se materializó en la Circular Gubernamental de marzo de 1960. La función del documento es:

«La organización de la asistencia a la salud mental en sectores geográficamente determinados que permitan acercar la atención a los enfermos a su comunidad. Cada sector cubre una media de 70.000 habitantes, trabajando en él un único equipo de profesionales que cuenta con diversos centros asistenciales. El trabajo de este equipo se desarrolla en el contexto social en el que el paciente se desenvuelve y se caracteriza por asumir la responsabilidad de todos los problemas y facetas de la salud mental de una población determinada», (Desviat, 1994, 34).

Incorpora conceptos novedosos para el momento, como son: “continuidad terapéutica”,⁸³ “territorialización”,⁸⁴ “trabajo en equipo”.⁸⁵ Y aboga por una asistencia sanitaria en salud mental pública e integral.⁸⁶

Desviat (1994, 40-43), recoge los factores que condicionaron que los resultados no fuesen los esperados:

«Este proyecto diseñado en determinadas circunstancias sociales chocó con la evolución de la política y el poder social en Francia, y pronto dejó de ser apoyada por la administración y también por los profesionales que se inclinaban por un modelo sanitario de carácter privado. De modo que la línea innovadora de atención psiquiátrica solamente se mantuvo en centros aislados. (...) Aunque Francia cuenta con la ventaja de tener un sistema nacional de salud que cubre a la mayoría de la población, su organización sanitaria asocia la medicina liberal con un fuerte sector hospitalario público y un sistema de aseguramiento privado, lo que condiciona una asistencia fundamentalmente curativa, con una planificación a corto plazo en la que predomina el hospital».

⁸² Bonnafé L (1960). De la doctrina postesquiroliana. Citado por Desviat, M. (1994). La Reforma Psiquiátrica. Madrid, Ediciones Dor, p. 34

⁸³ Supone el seguimiento del proceso del paciente por un mismo equipo y en todos los niveles asistenciales, tanto dentro del hospital como en los diferentes servicios externos según el momento del tratamiento.

⁸⁴ Supone un acercamiento de las prestaciones a los usuarios, dispondrán de atención en su entorno (dispensarios de higiene mental, hospitales de día, hogares postcura, y talleres protegidos.), lo que también permite un mayor conocimiento de las necesidades de la población y su mejor seguimiento.

⁸⁵ Fundamento teórico que tratamos en profundidad en el epígrafe 3.2.5 Los profesionales y el equipo asistencial.

⁸⁶ Sus líneas de actuación incluyen la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la población del área de cobertura.

En 1992, las autoridades galas encargaron un informe (el informe Massé), con objeto de evaluar la reforma asistencial realizada. Concluyó que el 70% de los sectores de psiquiatría de adultos y el 60% de los sectores de psiquiatría infantojuvenil permanecen vinculados a los centros hospitalarios. La asistencia se había decantado por una psiquiatría hipermedicalizada, cuyo centro era el hospital general. Mientras la cobertura pública se limitaba a gestionar la cronicidad “sustentada por una psiquiatría anclada en el pasado”, (Desviat, 1994, 42-43).

2.3.2.5 La desinstitucionalización inglesa

En el Reino Unido la guerra hizo que el estado se hiciera cargo de todos los recursos sanitarios, integrándolos y regionalizándolos en un Plan de Emergencia dirigido a garantizar la asistencia a todos los ciudadanos (soldados y civiles). El informe Oficial sobre los Servicios Nacionales de Salud, elaborado por el gobierno de Churchill, propició la ley de Creación del Servicio Nacional de Salud, que a la larga resultaría paradigmática, llegando a ser considerada “*la obra de ingeniería social más significativa del mundo occidental*”, (Desviat, 1994, 44).

El estado de guerra, la escasez de personal y la necesidad de aprovechar al máximo todos los recursos, encontraron sus mejores herramientas para organizar las instituciones siguiendo las propuestas de Maxwell Jones (1907-1990), bajo la denominación de “comunidad terapéutica”. Esta fórmula de funcionamiento institucional, comenzó en 1956 en una experiencia con soldados que presentaban reacciones de ansiedad y estrés, con los que se trabajaba haciéndoles partícipes de su tratamiento

Tal modelo de trabajo nada tenía que ver con las características que predominaban en el resto de instituciones psiquiátricas de la época. Pese a no existir un modelo único de la comunidad terapéutica, Rapaport⁸⁷ identifica y enuncia sus requisitos fundamentales:

«Libertad de comunicación a distintos niveles y en todas las direcciones. -Análisis de todo lo que ocurre en la institución en términos de dinámica individual e interpersonal. -Ambiente de completa tolerancia, destruyendo las relaciones de autoridad tradicionales. -Actividades colectivas. -Presencia de toda la comunidad en las decisiones administrativas del servicio», (Desviat, 1994, 45).

Estos principios se acercan mucho a los enunciados por la psicoterapia institucional francesa. La diferencia es que la experiencia francesa sigue postulados psicoanalíticos, mientras que la comunidad terapéutica tiene una orientación fenomenológica, humanista y existencial. Son concepciones filosóficas que colocan al ser humano en el centro de interés. Enfatizan su existencia en función de cómo vive su propia vida y es capaz de ejercer su libertad, acercándose a los contenidos de la conciencia sin prejuicios ni teorías preconcebidas.

⁸⁷ Citado por Desviat M. (1994), p.45

En Junio de 1965, en pleno apogeo contracultural, varios pacientes mentales ingleses organizaron, junto a Laing y otros psiquiatras, una comunidad para ellos y otras personas que se encontraban en un estado de psicosis, ubicándose en Kingsley Hall. Un antiguo edificio al Este de Londres utilizado anteriormente por otros servicios sociales. La casa podía albergar a unas 15 personas y contaba con unas 20 habitaciones, cocinas salones, etc.

Los fundadores de la experiencia "Kingsley Hall", entre ellos Ronald Laing, Joe Berke, Jerome Liss y Leon Redler, propiciaron un ambiente de protección y ayuda para favorecer el "viaje interior" de las personas etiquetadas de esquizofrenia. La experiencia se mantuvo desde junio de 1965 hasta agosto de 1969, residiendo en la casa más de cien personas, la mayoría jóvenes esquizofrénicos con periodos de estancia variables. Llevaban un estilo de vida totalmente comunal, en régimen de autogobierno. Quienes mejor se encontraban ayudaban y cuidaban a los que peor estaban. No existía personal ni se daban medicamentos, siendo el ambiente y la interacción los que favorecían el autococimiento y la exploración de las dificultades en la comunicación. En la comunidad cada uno pagaba según de sus posibilidades y se tenían en cuenta las necesidades de todos.

En 1964, Laing fundó la asociación "Philadelphia", con el propósito de proveer alojamiento y ayuda económica a personas que sufrían enfermedades mentales. En 1970, tras el fin de Kingsley Hall, algunos de los antiguos residentes de esta comunidad decidieron formar otras comunidades con semejantes planteamientos (Proyecto Archway) y desarrollaron 7 comunidades en el área de Londres.

Estas experiencias, enmarcadas en la filosofía de comunidad terapéutica, se definen como marginales en el sistema de salud. Su valor se encuentra en la elaboración teórica y filosófica que sus protagonistas promueven y difunden en torno a sus vivencias, consolidando un movimiento contracultural de denuncia de la situación asistencial, con propuestas de otro modo de atención.

La realidad es que a pesar de estas iniciativas y su importante difusión, sobre todo en Gran Bretaña y EE.UU, la mayor parte de los hospitales psiquiátricos ingleses mantuvieron un modelo de organización convencional, mientras se iba concretando y consolidando un sólido sistema de salud público.

En 1954 se creó una comisión para estudiar la legislación referente a la enfermedad y el retraso mental, recomendando en su informe un cambio de la ley que se materializó en el "Mental Health Act" de 1959. Esta ley determinó que no pueden existir diferencias administrativas y legales entre los pacientes mentales psíquicos y somáticos y propuso otros tipos de tratamiento que permitiesen mantener a los enfermos en la comunidad. A partir de ahí, el Ministerio de Salud fomentó la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales y hospitales de día; lo que rápidamente condujo a una importante disminución de las camas psiquiátricas en Inglaterra. En el período 1954-1981 experi-

mentaron descenso desde una tasa de 350 a una de 155 por 100.000 habitantes, (Desviat, 1994, 47).

Este programa debió complementarse con una planificación regionalizada y ofrecer unos servicios completos en el seno de la comunidad, integrando la atención social y la sanitaria de una forma interdependiente mediante su planificación conjunta y eficaz. De modo que el cierre de los hospitales psiquiátricos sería una consecuencia de la disponibilidad de los servicios sanitarios y sociales adecuados en la comunidad (programas de atención parcial y servicios residenciales locales). También en este país se desarrolló ampliamente la utilización del trabajo productivo como método de rehabilitación de los pacientes mentales, organizándose unidades industriales en los diversos hospitales. En el año 1962 existían alrededor de 60 talleres industriales en hospitales psiquiátricos de Inglaterra, (Desviat, 1994, 48).

Es también en Inglaterra donde se acuña el término “psiquiatría comunitaria”, coincidiendo con la creación del Servicio Nacional de Salud, fundamentado en una nueva concepción de la organización de los recursos asistenciales bajo el principio de la cobertura completa de los mismos a toda la población. El Servicio Nacional de Salud supuso para la psiquiatría mejoras de racionalización y regionalización, plasmadas en un auténtico control de calidad de los servicios y la puesta en marcha de experiencias rehabilitadoras como los hospitales de día.

La nueva organización asistencial junto al aumento del personal sanitario, y al comienzo de la utilización de los psicofármacos, condujeron al descenso de los internamientos en hospitales psiquiátricos. Sin embargo, este proceso sufrió un estancamiento a finales de la década de los 70, atribuible a problemas tales como el envejecimiento de la población institucionalizada, la descoordinación de los servicios sanitarios y sociales o el resurgir del “modelo médico tradicional” que chocaba con una atención fluida al paciente en la comunidad, (Martínez Azumendi, 1986, 601).

En la década de los 80 siguieron cerrando hospitales psiquiátricos. Los pacientes crónicos fueron trasladados a hogares, residencias supervisadas y a otros alojamientos, pero los recursos asistenciales necesarios se presentan como costosos y difíciles de mantener, contando además con las resistencias a la desinstitucionalización de la atención al paciente mental crónico por parte de diferentes sectores de la sociedad, (Martínez Azumendi, 1986, 601).

La reforma psiquiátrica llevada a cabo en Reino Unido se ha tomado como modelo y ha servido de referencia comparativa para otros países. En la década de los noventa, con objeto de evaluar el proceso de reforma llevada a cabo, se realizaron numerosas investigaciones. Buscaban conocer la realidad de los enfermos mentales crónicos que vivían en la comunidad y la efectividad del modelo asistencial. De estos estudios se obtuvieron interesantes conclusiones que apoyaron los enfoques comunitarios desde el punto de

vista de calidad de vida de los enfermos, satisfacción profesional y también en aspectos económicos (desde el sector público), (Leff, 1993).

2.3.2.6 La reforma psiquiátrica italiana

La reforma psiquiátrica italiana se inició tímidamente en los años 50 recogiendo la influencia de las nuevas corrientes sociológicas, fenomenológicas y psicológicas que cuestionaban el tratamiento de los enfermos mentales y en especial el papel del manicomio como único servicio asistencial. Es en la década de los 60 cuando, importando experiencias del sector francesas, van cuajando algunas iniciativas. Iniciativas que se acompañaron de un amplio debate político y social sobre las causas y formas de la marginación social.⁸⁸

Del contexto político hay que destacar la llegada al gobierno de Aldo Moro en 1963, que rompió con la tradicional fórmula de gobierno de centro-derecha para iniciar políticas reformistas, haciendo frente a temas como la descentralización administrativa, la sanidad y la escuela. Los iniciales movimientos profesionales de denuncia de la situación manicomial dieron paso, a finales de los 60, a un amplio movimiento sostenido por organizaciones de base, sindicatos obreros y el importante movimiento estudiantil de la época. La consigna que aglutinaba el activismo resultante emanaba de un no rotundo al manicomio, al que se une la reprobación de todas las instituciones marginadoras: cárceles, correccionales, albergues... Y por extensión a aquellas otras que sustentan la fachada ideológica y moral del sistema social, como la familia, la escuela y la fábrica.

Influyó muy determinadamente el trasfondo de una sociedad civil muy activa, que apremiaba a favor de una reforma sanitaria que instaurase un sistema nacional de salud universal al estilo del británico. El histórico congreso de psiquiatría social celebrado en 1964 en Bolonia, bajo el título “*Proceso al manicomio*”, recoge las actas que darán cuerpo a la ley 180 de 1977.

A partir de la publicación de la mencionada ley se prohibió la construcción futura de hospitales psiquiátricos y no se permitió el ingreso de nuevos pacientes en los antiguos. Los pacientes ya internados pudieron mantenerse en tanto se trabajaba su ubicación en lugares más adecuados. Al mismo tiempo se crearon servicios psiquiátricos comunitarios con un ámbito geográfico determinado y trabajando en coordinación con unidades de hospitalización psiquiátrica de no más de 15 camas. El objetivo de esta ley fue organizar un modelo de atención a la salud mental en el que el manicomio dejase de ser el eje central del tratamiento, acercando la atención a la comunidad y a la vida social de los ciudadanos.

⁸⁸ Web: Estudio del psicoanálisis y psicología. Disponible en <http://psicopsi.com/Antecedentes-psiquiatria-comunitaria-reforma-psiquiatria>

Antes de llegar a este punto fue preciso un largo recorrido previo, a través de experiencias reformadoras concretas que extendieron su influjo a todo el país. Cabe destacar la llevada a cabo en Peruggia y Gorizia por Franco Basaglia.

En 1962, Basaglia comienza en Gorizia la transformación del viejo hospital Psiquiátrico, bajo su dirección. Basaglia había trabajado anteriormente con M. Jones en Londres, donde había aprendido el funcionamiento de una comunidad terapéutica, e intentó aplicar sus principios en su establecimiento psiquiátrico italiano. La experiencia le hizo llegar a la conclusión de que el internamiento psiquiátrico únicamente agravaba la enfermedad mental. En "*La institución negada*" (1968),⁸⁹ Basaglia defiende que el manicomio es un instrumento de exclusión y encierro que ha de destruirse, proponiendo alternativamente "liberar a los enfermos". La ciencia se sitúa del lado de la clase dominante y el hospital psiquiátrico es un instrumento de opresión. En palabras de Basaglia:

«El objetivo de nuestra acción no debe ser la lucha contra la enfermedad mental, ni tampoco la esquemática afirmación según la cual la enfermedad mental no existe sino como producto social (lo cual no haría más que diferir el problema a un momento organizativo en el que todas las necesidades se vieran satisfechas). La verdadera lucha debería ahora dirigirse contra la ideología que tiende a cubrir toda contradicción natural convirtiéndola en una modalidad adaptada a los instrumentos de gestión y de control, de que progresivamente disponemos. Es decir, adaptada para ser instrumentalizada según los fines deseados», (Basaglia, 1970, 131).

La lucha que se desarrolló en Gorizia, abriendo las puertas del hospital psiquiátrico, fue ampliándose, poco a poco, intentando implicar a otras instituciones sociales. En un primer momento propuso convertir el hospital en una comunidad terapéutica, para demostrar posteriormente que es mejor devolver al paciente a la sociedad y dismantelar el manicomio. En su práctica se planteó por tanto, la comunidad terapéutica como una etapa necesaria, pero transitoria, en la evolución del hospital psiquiátrico. En la comunidad terapéutica todos los pacientes y profesionales participaban en la terapia del propio paciente; todos los problemas y situaciones se afrontaban de forma dialéctica y se discutían, (Moreno Küstner, 2002, 39-40).

En 1971, Basaglia y parte de sus colaboradores abandonaron el hospital de Gorizia por discrepancias con la administración local y se trasladaron al Hospital de Trieste (Ospedale Psichiatrico Provinciale de Trieste), donde realmente sí que llegó a cristalizar la experiencia de negación del manicomio que perseguían.

Basaglia aplicó en realidad la desinstitucionalización hasta sus últimas consecuencias. El fundamento de Trieste fue reformar desde el interior, trabajando dentro de las instituciones. Primero construyó un grupo de médicos sensibles a problemas científicos, institucionales y humanos. Junto con ellos se empleó en la capacitación teórico-práctica de los profesionales que estaban en contacto con los enfermos (enfermeros, cuidadores, porteros...), con el objetivo de modificar su función meramente custodial y conseguir convertirlos en agentes de relación terapéutica. De modo que todos asumiesen la res-

⁸⁹ Basaglia F. (1970). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona, Barral.

ponsabilidad de abrir las puertas y mantenerse firmes en la defensa de los derechos de los enfermos como ciudadanos. La estrategia reformista de Basaglia, como vemos, contempló diferentes niveles: cultural, humano científico y organizativo.⁹⁰

Según Fabregas y Mora (1977, 18-23) es posible señalar dos grandes periodos en este proceso. En una primera fase, Franco Basaglia y su equipo comenzaron a trabajar en el Ospedale Psichiatrico Provinciale en el año 1971, ya que la administración Provincial estaba dispuesta a aceptar los riesgos de la reestructuración de los servicios psiquiátricos. El objetivo prioritario en los primeros pasos de la transformación institucional lo conformaba la reconstrucción de la persona y su identidad social y jurídica. Con tal propósito, se procedió a la apertura interna de los distintos pabellones, eliminándose las medidas de contención existentes (celdas de aislamiento, rejas de separación...). Y suprimieron las terapias de electroshock, creándose espacios internos de relación social (encuentros, asambleas, expresión artística...). Paralelamente, se eliminaron las separaciones entre hombres y mujeres, a la par que sustituyeron los vestidos manicomiales por vestidos personales y se estimuló la exposición de críticas a la institución por medio de asambleas.

En 1973 comenzó a funcionar como hospital de día y a desarrollar un trabajo de prevención y detección de prácticas de exclusión social. A su vez, impulsó una tarea de sensibilización pública ante los problemas "psiquiátricos", mediante debates, fiestas (tanto en el hospital como fuera de él), con participación en las actividades culturales de la ciudad. El siguiente paso dado fue la creación de apartamentos autogestionados en el interior del hospital, así como la organización de un sistema de trabajo reconocido con estipulación de derechos y deberes contractuales.

La segunda fase consistió en el reparto del equipo de Franco Basaglia entre diferentes instituciones asilares italianas (Parma, Arezzo...) con el fin de iniciar experiencias similares. Se salía del manicomio, complementando el trabajo realizado por los Centros de Salud Mental (que acogen a las personas en crisis y a quienes quieren participar en las actividades que en ellos se desarrollan) con la creación de los "comités para la casa", cuya función fue buscar alojamiento para los pacientes que iban saliendo del hospital. Finalmente, para que los pacientes pudieran alcanzar un nivel de autonomía compatible con la vida social normal, se consideró fundamental la búsqueda de puestos de trabajo para ellos acordes con sus posibilidades, (González Duro, 2000a).

Mientras Basaglia intentó mediar con la política institucional, otros antipsiquiatras prefirieron tomar otros caminos y crear directamente alternativas reales al internamiento. Entre ellos podríamos incluir a Antonucci, cuya crítica no sólo rechazaba los internamientos, sino que identificaba la psiquiatrización con una forma más de estigmatización social. En 1968 fundó un "Centro de relaciones humanas" en el pabellón neuropsiquiátrico del Hospital Civil de Cividale. En 1969 Antonucci empezó una

⁹⁰ Web: La antipsiquiatría. Disponible en: <https://vivalaanarquia.files.wordpress.com/2010/12/antipsiquiatria.pdf>

nueva experiencia de trabajo en Gorizia, ciudad donde habían surgido y se habían difundido las ideas de Basaglia.

Estas experiencias (Gorizia, Perugia y Trieste), fueron conformando un grupo de profesionales con fuerte iniciativa hacia la transformación del manicomio y el desarrollo de un modelo asistencial con un enfoque más socioterapéutico. De ese germen surge en 1973 “Psiquiatría Democrática”, que se definió a sí misma como un movimiento de trabajadores de la salud mental (enfermeros, psicólogos, médicos, asistentes sociales... etc.) *“dispuestos a actuar en la transformación de la institución represiva del manicomio y a la lucha contra la marginación, tanto dentro como fuera de la institución”*, (Moreno Küstner, 2002, 40).

El movimiento colectivo “Psiquiatría Democrática”, logró agrupar un gran número de profesionales de la salud mental sirviendo de plataforma progresista para la extensión de la reforma psiquiátrica a toda Italia, sin duda favorecido por el clima político que en aquellos años atravesaba Italia con fuertes enfrentamientos entre la izquierda revolucionaria (sobre todo Autonomía Operaria) y el PCI (Partido Comunista Italiano).

En 1977 (del 13 al 18 de septiembre) se celebró en Trieste el III Réseau Internacional de Alternativa a la Psiquiatría. La principal finalidad del Réseau era el intercambio de experiencias de trabajo. El clima político en el que se celebró el III Réseau resultó muy tenso fruto de los enfrentamientos políticos pero fue un éxito con más de 3500 asistentes y marcó un punto histórico en el desarrollo del movimiento antipsiquiátrico italiano.

Todo este periplo concluye en el año 1978 con la mencionada ley 180. Ésta asumió normativamente el soporte legal para la desinstitucionalización psiquiátrica: prohibición de nuevos ingresos, creación de servicios comunitarios y unidades de hospitalización breve en los hospitales generales, supresión del estatuto de peligrosidad social del enfermo mental, así como la tutela judicial del tratamiento obligatorio, salvaguardando siempre los derechos civiles de los pacientes, (Desviat, 1994, 60).

La ley se convirtió en un valioso apoyo a las reformas, en cuanto les proporcionó directrices concretas y operativas que entre 1978 y 1981 se tradujeron en una disminución del 30% de camas y un 44% de los internamientos (Desviat 1994, 61). Pocos años después de la promulgación de la Ley 180 comenzaron a aparecer los primeros problemas surgidos de su aplicación, entre los que se pueden citar la inestabilidad política y la consecuente discontinuidad de la programación de las actuaciones administrativas hacia la asistencia psiquiátrica, lo que generó una situación de gran desigualdad a lo largo de todo el país.

El nuevo modelo afectaba también al personal sanitario, que debía adaptarse a las exigencias de funcionamiento de las nuevas estructuras comunitarias, apareciendo resistencias de los trabajadores a su traslado desde las instituciones tradicionales, y necesidades de formación difíciles de cubrir. No todo fue un camino de rosas y la realidad

constató “*que en no pocos casos los enfermos crónicos dados de alta quedaron en desamparo, carentes de recursos económicos y de arraigo familiar, lo que les llevó a terminar en otras formas de institucionalización, como asilos o residencias similares, etc.*”, (Moreno Küstner, 2002, 41).

En los últimos años de la década de los 80 se empezó a sentir en Italia la crisis del estado de bienestar, concretada en políticas de restricción del gasto público, lo que obviamente afectó a la reforma psiquiátrica, puesto que se dejaron de apoyar aquellas iniciativas que comportaban aumento del gasto sanitario. Se han realizado muchos esfuerzos para evaluar los efectos de la nueva política de atención a la salud mental, pero estos intentos han encontrado una gran dificultad por la inexistencia de datos anteriores a la reforma, (Rotelli, de Leonardis y Mauri, 1987).⁹¹

⁹¹ Citado por: Moreno Küstner B. (2002). Tesis doctoral. Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. Granada, Universidad de Granada, p. 41

CAPÍTULO III
BASES PARA UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL
FUERA MANICOMIOS

3.1 Los primeros movimientos reformistas

Los primeros movimientos reformistas en nuestro país debemos ubicarlos en la década de los 60. Periodo histórico coincidente con un importante despegue económico, y que rompe con el aislamiento internacional y la autarquía. Periodo que se ha venido en llamar “de desarrollismo”.

Se inicia con el plan de Estabilización en 1959, plan de ordenación económica que intentó transformar las estructuras productivas, liberalizar el mercado y abandonar gradualmente el intervencionismo estatal. El apoyo fue consensuado y unánime entre los sectores productivos, organismos internacionales (como el Fondo Monetario Internacional) y el gobierno de los Estados Unidos, que colaboraron con cuantiosas sumas de dinero

En 1962 se creó la Comisaría del Plan del Desarrollo a partir de la que se implementaron los tres Planes de Desarrollo Económico y Social (1964-1967, 1969 y 1971, 1972 y 1975). García González (1979, 50), la describe como “*la fase de implantación del capitalismo monopolista de estado. Su comienzo está marcado por el fin de la etapa autárquica y por el inicio de la fase de expansión. Es la época de la España del crecimiento*”. Siguiendo el relato histórico de Alcayde Mengual (2007), las consecuencias fueron de tipo estructural y de tipo económico: Crecimiento de la industria, desarrollo del sector servicios, incremento del turismo, éxodo rural con el consecuente crecimiento de las ciudades y la necesidad de nuevas infraestructuras, crecimiento demográfico continuo,⁹² incremento de la tasa de paro que condujo a la emigración hacia los países europeos, y también un crecimiento de la conflictividad social. Tomaron fuerza los sindicatos que todavía actuaban en la clandestinidad, reclamaban salario mínimo, derecho a la huelga... Los movimientos estudiantiles en contra del sistema educativo, concluyeron en manifestaciones y huelgas universitarias, y también las mujeres reivindican igualdad plena en formación y trabajo.

Estos cambios sociales y económicos, afectaron también al hasta ahora monolítico poder legislativo del régimen (*el Movimiento*), originándose facciones. El poder pasó a manos de técnicos y al cuerpo superior de funcionarios jurídicos (tecnocracia), contando con la hegemonía de la oligarquía financiero industrial, (García González, 1979).

Esta situación político administrativa, condicionó el devenir de la reforma sanitaria y, como parte de ella, los primeros intentos por modernizar la atención a los enfermos mentales. Recordemos que es un periodo en el que se está creando la red hospitalaria de la Seguridad Social, dejando atrás la concepción benéfica de la asistencia. Todas las provincias se dotan de grandes residencias sanitarias, con un carácter médico-quirúrgico, de corte tecnocrático y con criterios de rentabilidad asistencial. En este contexto

⁹² Fruto tanto de la disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida como del incremento de la natalidad. de 28 millones de habitantes en los años cincuenta se pasa a 35 millones a mediados de los setenta

surgió el intento de racionalizar la asistencia hospitalaria mediante la Ley de Hospitales de 1962. Ley que sin ser integradora, ya que respetaba la organización multigerencial, pretendía refundir las múltiples y dispersas disposiciones por las que se regían los hospitales hasta entonces, pero las ya señaladas tensiones dentro del régimen impidieron su pleno desarrollo.

La pugna entre diferentes niveles de la administración sanitaria, se libraba entre el departamento de Trabajo y el de Gobernación a cuenta del control político de la sanidad, entrando además en colisión con los intereses corporativos de los médicos representados por el Consejo General de Colegios Médicos, grupo de presión importante dentro del Régimen, (García González, 1979, 60).

Pero los aspectos más significativos serán el cambio de mentalidad y la adopción de nuevos hábitos sociales. Mentalidad que se expresará con una nueva sensibilidad y compromiso social que buscará una respuesta solidaria, en especial en el área sanitaria. Atmósfera social que dio lugar a la emergencia de un nuevo paradigma, el Estado del Bienestar.

Así, a finales de los años 60 muchos aspectos de la vida social y política eran cuestionados ya abiertamente, la sociedad aspiraba a un cambio en todos los sentidos: libertad política, educativa, laboral, prensa, etc. Los movimientos de oposición al régimen y en pro de la democratización del país eran permanentes, mientras el Gobierno respondía con la represión, la suspensión de los supuestos derechos civiles o decretando el estado de excepción.

Uno de los aspectos fuertemente contestado resultó ser la situación de los enfermos mentales. Las condiciones en las que se les atendía debía ser tal que los mismos planes de desarrollo incluían la renovación de los antiguos manicomios, interés de la administración española fruto de las exigencias internacionales y el control que de ello realizaban los responsables políticos extranjeros (visitas de la OMS).

La psiquiatría oficial era subsidiaria del ideario dominante propio del régimen gobernante basado en la psiquiatría biológica y con una concepción asilar de los enfermos mentales. El antiguo manicomio era un lugar de reclusión con un estatus de asistencia de beneficencia y amplia orientación reclusiva. Estaba amparado por el importante trasfondo de la Ley de Peligrosidad Social, de sencillo trámite en su aplicación a los enfermos mentales.

En general se trataba de macroinstituciones, a menudo de más de mil camas. La situación de los enfermos mentales en los manicomios resultaba terrorífica: abandonados, hacinados, hambrientos, llenos de suciedad... En muchos casos, eran enormes asilos de, 2000 o hasta 3000 plazas, habitaciones comunes de 50 y hasta 100 camas, rejas y tapias por doquier. Los enfermos no tenían nada propio, hasta la ropa era común. Y no podemos olvidar las técnicas allí empleadas, no con objetivo terapéutico, sino como correcti-

vo de la conducta (celdas de castigo, electrochoque, inducción al coma insulínico, leucotomías...).

En su interior se puede decir que había dos castas, la de los internados y la de sus cuidadores (pseudocarceleros). Los cuidadores podían estar organizados en torno a un cierto número de capataces que en realidad no tenían mayor formación. Las únicas figuras profesionalizadas, el médico y el practicante implicadas en la pseudoatención al enfermo eran para éste entes etéreos, casi divinos, poco o nada visibles (por lo general, un médico y un practicante por institución). Nos contaba un cuidador que trabajó en el Manicomio de Conxo, en Santiago de Compostela (cuando tenía más de 1600 internados), que la única oportunidad de que los pacientes pudieran recibir el alta y recuperar con ello la libertad, la ofrecía el que en la entrevista periódica con el médico éste determinara que estabas recuperado, pero que tal entrevista se producía por turno cada uno o dos años, a no ser que los favores de los capataces y, en última instancia, el practicante, casi siempre mediando algún dinero, concediesen el privilegio de ser adelantado.

En estas condiciones no extraña que jóvenes profesionales (todavía no cronificados por la institución) se movilizaran y lucharan por mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales. Lo que unido al nuevo contexto social y político, propiciará los primeros movimientos reformistas en nuestro país, resultando pionera la experiencia en Asturias. Experiencia que servirá de modelo para la renovación asistencial en todo el país, no sin antes generar importantes conflictos, como describiremos seguidamente.

3.1.1 La vanguardia asturiana

En Asturias, en el marco de la reforma sanitaria, se pone en marcha su Hospital General, con importantes innovaciones a nivel organizativo y asistencial, aplicaron criterios de gestión hospitalaria de marcada influencia americana, jerarquización de los servicios, programas de internado-rotatorio... reformas que van modificar considerablemente el rol del médico. Como dice García González:

«...pasa de ser un profesional liberal que dedicaba unas horas al hospital, se convierte ahora en un técnico asalariado y con dedicación exclusiva. Este nuevo modelo organizativo choca con los intereses de la medicina liberal extendida por la región y apoyada en importante resortes de poder e influencia. El choque de ese nuevo modelo, que pugna por extenderse, y la resistencia de los grupos que ven en él una amenaza para sus propios intereses, creará desde el principio divergencias y tensiones que permanecerán a lo largo de toda la reforma», (García González, 1979, 53).

Asturias se caracterizaba en esta época por un significativo desarrollo industrial, escasa implantación del sector servicios e importante conflictividad social, protagonizada en especial por los mineros asturianos que reivindicaban mejoras en su situación laboral y servicios, especialmente en el sistema sanitario. Por su lado, la Administración vivía un periodo de intensa luchas internas y la necesidad de las diferentes facciones de obtener prestigio y réditos políticos.

En estas circunstancias fue la Diputación quien impulsó la reforma sanitaria, liderada por su presidente el Sr. López Muñiz, con el apoyo del poder político central.

La transformación del hospital psiquiátrico formó parte de la reforma sanitaria global. Se inició en 1965 tras un periodo en que un grupo de trabajo, constituido por decreto en agosto de 1963. Formaban parte psiquiatras y trabajadores sociales, elaboraron un programa para la reforma de la asistencia psiquiátrica regional.

Siguiendo el trabajo realizado por uno de los principales protagonistas el Dr. J. García González en su tesis doctoral “Historia social de la psiquiatría en España” (1979), los principios en los que se basó el programa de renovación fueron:

- «La consideración de los factores sociales en la producción y evolución de la enfermedad mental, por lo que el modelo de tratamiento será determinante en el proceso de marginación, de modo que una adecuada terapéutica contribuirá al mantenimiento de una vida digna, rompiendo con la tradicional ideología del pesimismo terapéutico.
- El manicomio tal como es concebido hasta el momento solo cumple funciones custodiales, que contribuyen a la cronicidad y a la marginación, resultando nocivo e ineficaz para el tratamiento. El modelo organizativo deberá dirigirse hacia la rehabilitación y resocialización de los internados, siguiendo los principios de la comunidad terapéutica.
- Los enfermos deben ser tratados en su comunidad, mediante una red de servicios descentralizada en la que el hospital se concibe como un medio más de la red asistencial.
- Se concibe el tratamiento como una labor coordinada del equipo terapéutico interdisciplinar, ya no depende exclusivamente de la actuación del psiquiatra reconociendo la labor del personal no médico.
- Se otorga gran importancia a los aspectos rehabilitadores del trabajo (laborterapia).
- Se considera fundamental una formación adecuada y una dotación suficiente de personal de enfermería.
- Los aspectos técnicos y administrativos deben clarificar la jerarquización y niveles de responsabilidad, definiendo el rol y competencias de cada miembro del equipo.
- Y por último valora el papel trascendente de la coordinación entre instituciones y la apertura a personas ajenas al hospital a colaborar de forma voluntaria», (García González, 1979, 53-54).

Los planes incluyeron etapas sucesivas para la transformación, empezando por las secciones en que se obtendría una respuesta más rápida y visible. El objetivo era dinamizar al personal que se sentiría gratificado, y de paso generalizar el entusiasmo.

Los cambios fueron importantes y pronto se dejaron notar. Se normativizó toda la actividad del hospital, las actividades de los enfermos, las funciones de los diferentes profesionales, el seguimiento de la formación de los médicos becarios... Al tiempo que se propiciaba una formación acorde a las nuevas funciones de todo el personal no médico. Dió gran importancia a los indicadores que pueden mostrar objetivamente eficacia y efectividad, como son el índice de rotación, tiempo de estancia media, número de ingresos y altas.

Las decisiones se tomaban de forma consensuada como resultado del trabajo en equipo. Cada profesional tomaba sus propias decisiones al tiempo que en coordinación

con todo el equipo perseguía un mismo objetivo: la recuperación del enfermo. Esto requería un importante esfuerzo democrático y de coordinación, y en el que el paciente es una parte activa. La estructura organizativa se articuló jerárquicamente de forma piramidal, situando en el vértice al gerente del que emanan los poderes paralelos, por un lado la división médica, con los equipos de sector, alcoholismo y de infantil. La división médico administrativa con los diferentes departamentos profesionales (farmacia, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, psicología) y, por último, la división administrativa dependiente del administrador, (García González, 1980, 422).

Además de incrementar el presupuesto general, modificando la distribución por partidas, se invirtió en modificar el entorno, haciéndolo mucho más confortable. Se disminuyó el gasto en farmacia y aumentó el de personal. La plantilla se incrementó en más del doble, diversificando entre diferentes niveles de cualificación. Este incremento de plantilla contó con una cuidada selección de personal, cuestión considerada fundamental para avanzar en la reforma. Se contrataron médicos y enfermeros, muchos llegados de fuera, incluso procedentes de experiencias reformistas en el extranjero.

Recuerda García González (1979, 55), que todos los técnicos sanitarios y médicos pasaron a tener una nueva relación laboral como asalariados, con dedicación exclusiva, salarios limitados y contratos temporales. Fue una situación laboral precaria pero compensada por la ilusión invertida en una experiencia modélica y de avanzada tecnología.

Pronto se observó un mayor movimiento de altas. El número de internados decreció y así la relación personal/cama mejoró respecto a otros hospitales españoles. Se determinó un modelo de historia clínica que pasó de estar casi vacía en la etapa manicomial a requerir una gran exhaustividad. Se puso en marcha el servicio de infantil y de alcoholismo y se implementó el modelo de psiquiatría del sector francés.

La provincia quedó dividida en cuatro sectores a los que se les asignó un pabellón en el hospital. Cada uno de ellos a cargo de un equipo de carácter multidisciplinar que atendía a los pacientes de su zona durante el internamiento, en consultas externas o en seguimiento tras el alta, junto a esto se crearon estructuras como talleres protegidos o clubes de expacientes, (Síndic de Greuges de la Comunitat valenciana, informe especial, 2003, 27).

Podemos decir que la puesta en funcionamiento del nuevo modelo se realizó contando con la iniciativa entusiasta de un grupo de profesionales. Entre 1965 y 1971 además de su labor asistencial aportaron numerosas publicaciones centradas en la reforma psiquiátrica y el modelo comunitario. Y por supuesto con el respaldo del responsable político local y el patrocinio de la OMS, que buscaba constituir un área piloto de la que debería partir el modelo para la transformación de la asistencia psiquiátrica en todo el país.

Pero pronto quedaron patentes las contradicciones implícitas en el propio modelo y éste con la realidad sociopolítica que pervivía en el país. Los problemas, como veremos fueron numerosos.

La organización centralista del Estado Español dejaba poco margen para las iniciativas locales. La introducción de nuevas formas de gestión chocaba con el poder establecido que velaba por mantener un rígido control administrativo, control que además interfería con las decisiones clínicas. Esta rigidez dificultaba enormemente instaurar el modelo de comunidad terapéutica que requiere cierta flexibilidad y autonomía de los equipos gestores y terapéuticos.

Los modelos reformistas eran bastante desconocidos por la generalidad del mundo psiquiátrico en España. Además rechazados de plano por el tradicional “poder psiquiátrico”, que lo veía como una amenaza para mantener sus privilegios.

El equipo asistencial, instrumento básico para la asistencia, era presionado por las diferentes estructuras burocráticas que sometían a los diferentes miembros a subordinaciones múltiples. Los miembros dependían de la jefatura del departamento correspondiente y, a su vez, de las diferentes divisiones. Los intereses de los equipos y de los profesionales como miembros del equipo, entraban en colisión con los intereses de los departamentos o grupos profesionales primando, generalmente, los imperativos de este último. Y también, hubo personas que se oponían frontalmente al cambio, estos fueron:

«El antiguo poder médico relacionado con la medicina liberal y los trabajadores menos cualificados, quienes tomaron posturas hostiles frente a los cambios y frente a los nuevos profesionales, este obstáculo se intentaba solventar mediante órdenes por decreto del presidente de la Diputación, desplazando a todo aquel cuya posición no confluía con la ideología de la reforma», (García González, 1979, 54).

Frente a la modernización de algunas áreas asistenciales, se mantenían salas cerradas con los enfermos crónicos donde pervivía plenamente el modelo manicomial. A estas salas se asignaba el personal cuidador considerado institucionalizado, que se oponía a las reformas. En estas salas había más de 400 internos.

Así dentro del mismo hospital se delimitaron dos espacios opuestos, que distinguía a los enfermos entre agudos y crónicos y a los profesionales entre nuevos y antiguos. La diferencia llegaba a hacerse patente incluso en la vestimenta de los pacientes y los uniformes de los profesionales, pero fundamentalmente se traducían en un modelo de asistencia diferente, el trato, la formación, los recursos.

Los antagonismos entre ambos mundos se hicieron hostiles. Los que se sentían relegados a las unidades cerradas, atribuyeron su pervivencia al propio fracaso de la reforma, que cuando no es capaz de encontrar soluciones expulsa a estos pacientes, considerándolos irrecuperables y desentendiéndose de su suerte.

La planificación siguiendo criterios de la psiquiatría del sector, exigía aumentar recursos y flexibilizar la gestión. Los nuevos programas provocaron un aumento de la

demanda y la necesidad de implantar recursos alternativos al internamiento. Aspectos como el desarrollo de servicios extrahospitalarios, también llamados recursos intermedios o de reinserción, quedaron “interceptados” en palabras de García González, dejando las reformas en manos del voluntarismo de los equipos asistenciales. Equipos que ante las dificultades van perdiendo el entusiasmo inicial, (García González, 1979, 58).

En estas circunstancias los conflictos fueron constantes a lo largo de los 9 años que duró la experiencia. Inicialmente, se circunscribían a luchas de poder entre los poderes facticos, por un lado el presidente de la Diputación, y por otro, grupos de presión local que se servían del Colegio de Médicos y de las fuerzas políticas que les eran accesibles. Pero progresivamente la polémica derivó hacia una pugna dialéctica entre quienes pretendían defender los intereses de los profesionales autóctonos frente a los profesionales que llegaban de otros lugares incorporándose a cargos de responsabilidad.

Por su lado, el malestar social general empezó a tener su especial protagonismo dentro de los hospitales. Los bajos salarios, la exclusividad, las dificultades de promoción y movilidad, las frustraciones y las dificultades asistenciales se van acumulando y también la tensión entre los profesionales y, sobre todo, entre éstos y los órganos de gestión. Discrepancias que se materializaron inicialmente en peticiones escritas desde diferentes colectivos para organizarse en forma de asambleas reivindicativas que terminaron aglutinando a todos los niveles asistenciales.

Se pretendía modificar el organigrama, potenciando una sola línea de mando, dotar a la Junta facultativa de mayor capacidad ejecutiva. En general, exigían un acercamiento a los centros de decisión y la participación en la organización de su propio trabajo. La respuesta administrativa fue mantener una línea rígida técnico administrativa e incluso incrementar las barreras creando la figura del adjunto a la gerencia. El criterio de los equipos asistenciales no se tiene en ninguna consideración.

La falta de respuesta, como decíamos, encuentra su vía de expresión en forma de conflictos y luchas. Los primeros en movilizarse fueron los cuidadores y auxiliares. Solicitaban un reglamento de régimen interior, categoría profesional acorde a la formación que se les exigía y un salario digno. Éste fue llamado el “conflicto de las camisetas”, ya que acudían al trabajo vistiendo camisetas de fútbol y los hombres sin afeitarse.

Seguidamente fueron las enfermeras, que vieron pronto frustradas las expectativas que se habían creado en cuanto a capacitación y promoción. Las alumnas de enfermería se veían sometidas a un rígido régimen disciplinario y un altísimo nivel de exigencia. Asumieron gran responsabilidad en sus prácticas. Se habían convertido en mano de obra gratis con extenuantes jornadas laborales, lo que condujo a un importante conflicto. Llegó a paralizar el hospital general de Asturias, conflicto que salpica y se encadena con el protagonizado por los médicos residentes.

Los médicos becarios, que habían pasado a ser residentes al instaurarse el modelo de formación especializada, Médico Interno Residente (MIR), iniciaron numerosos movi-

mientos reivindicativos. A pesar de haberse modificado su modelo formativo,⁹³ sus condiciones laborales no cambiaron respecto al modelo anterior. Seguían remunerados con la beca por lo que sus salarios eran paupérrimos, no tenían contrato laboral ni seguro de ningún tipo.

Exigían que se reconociese la representatividad de su delegado como mediador, incrementar la cuantía de la beca, mejora en las condiciones de docencia, el contrato laboral y la retirada de un expediente a una compañera, según describe García González (1979, 59), “*El convencimiento de que sus peticiones no eran escuchadas y de que sus problemas no eran resueltos, determino que los médicos pasasen a la acción. [...] Si no se resuelven favorablemente nuestras peticiones en el plazo de 72 horas iniciaremos un paro total*”. Así comienza una huelga que trascendió a nivel nacional, afectando a numerosos hospitales durante dos largos meses.

En lo político los acontecimientos tampoco favorecieron la evolución de la reforma. El impulsor y referente local de la transformación sanitaria en Asturias, el Sr. López Muñiz (Presidente de la Diputación), entró en conflicto con la Seguridad Social. Y para mayor desastre, su mantenedor, el Ministro de la Gobernación fue cesado al verse involucrado en el caso Matesa. Con este cese cae todo lo que con él se sustentaba, incluido el Presidente de la Diputación de Asturias.

Con el cambio político, los ejecutivos representantes del poder anterior, sanitarios y técnicos, fueron sustituidos y con ellos toda la organización y las políticas desarrolladas. Por su parte, el sector médico se dividió en dos posturas, los que defendían los intereses de una medicina liberal (aglutinados por el Colegio de Médicos, que pensaban que los servicios públicos perjudicaban los intereses de la psiquiatría privada de la región), y los que propugnan un modelo de asistencia pública. Esta confrontación llevó a los médicos jóvenes a prescindir de la vía colegial recurriendo a organizarse en movimientos profesionales directos y democráticos, resultando muy activos la plataforma de MIR y la coordinadora psiquiátrica de la que hablaremos con detenimiento más adelante.

Los conflictos eran expresión de un sistema que no respondía a las exigencias que la sociedad demandaba. El sistema sanitario mantenía una rigidez que no se correspondía con el desarrollo socioeconómico que iba alcanzando el país, opinión compartida con ciertas facciones del régimen que eran conscientes de la necesidad de racionalizar las caducas organizaciones.

Inicialmente las respuestas de la administración siguieron la línea intransigente y autoritaria, amenazando con retroceder a “*la asistencia de la beneficencia, que es lo único a lo que nos obliga la ley*”, manifestaba un diputado en el pleno de la Diputación.⁹⁴

⁹³ La formación MIR se instrumentalizaba a través de su trabajo en la asistencia, incrementando su responsabilidad progresivamente y asumiendo las guardias.

⁹⁴ La voz de Asturias 28-5-71. Citado por García González (1979), p. 59

Estas luchas que parten de intereses y problemas reales, son tratadas desde la esfera política bajo los tópicos usuales de la administración franquista: “*actividades subversivas, orquestadas por el comunismo....*” Minimizando o ignorando la importancia de los movimientos.⁹⁵

Fueron dos meses de conflictos, tres huelgas en las que llegaron a participar 25 hospitales y 2000 médicos junto a la solidaridad de otros estamentos sociales. En Asturias, en especial, recibieron el apoyo de del movimiento obrero (mineros) y el movimiento estudiantil que iniciaba sus primeros escarceos en contra del régimen y la falta de libertades, (García González, 1979, 60).

La presión social llevó a una intervención de la Administración Central, mediando para que la Administración Local flexibilizase sus posturas. Así se anularon despidos, no se admitieron dimisiones y se repuso al director depuesto. La petición concreta que inició el conflicto, fue la mejora de las condiciones laborales de los médicos becarios y luego residentes. Se consiguió con la concesión de un contrato de trabajo, seguros médicos y un plan de docencia. Logros que inmediatamente se hicieron extensivos a todos los residentes de los centros sanitarios dependientes de las Diputaciones y, seguidamente, de los MIR de la Seguridad Social.

En el hospital volvió la ilusión y la fuerza para avanzar en la reforma, implantándose de nuevo el modelo de comunidad terapéutica. Hubo asambleas diarias, todo el personal y los pacientes participaban democráticamente en la toma de decisiones. Pero la ilusión duró poco, la administración siguió intentando mantener el control y la autoridad, desautorizó a la Comisión de docencia en la selección de médicos residentes, hubo nuevos despidos y, en general, se reagudizó la represión.

En estas condiciones las fuerzas se fueron debilitando, diluyéndose en diferentes frentes, concluyendo con una fuerte intervención de la administración, desalojando a los profesionales concentrados en el hospital psiquiátrico y procediendo al despido de los 26 que habían protagonizado el encierro junto al personal asistencial solidarizado con ellos. Como expresa González Duro (1987, 129): “*Fue el fin de lo que se llamó “el mayo asturiano”, el hospital entra en una larga fase de involución y de regresión en la asistencia, hasta 1983*”.

Fue el final de esta experiencia, pero posiblemente el principio real de una verdadera reforma. Los profesionales allí formados y baqueteados, se dispersaron por toda España, eran los únicos con capacidad para entender y promover una transformación en la asistencia psiquiátrica y de esto se era consciente desde todas las esferas administrativas y sanitarias.

A partir de esta experiencia reformista fallida se desencadenó un proceso de confluencia social en el que varios factores afectaron en profundidad a la asistencia psiquiá-

⁹⁵ La nueva España editorial 19-6-71. Citado por García González (1979), p. 61

trica y dejó expedito el acceso a la reforma. Así partir de 1971, el proceso de movilización psiquiátrica se hizo muy activo en casi todo el país y encontrando otros actores sociales con los que confluir y unir fuerzas.

Son tres los aspectos a considerar:

- Los siguientes intentos reformistas y los conflictos que se originaban al chocar con las circunstancias sociopolíticas del país. Las denominadas guerras psiquiátricas.
- La repercusión mediática de los conflictos sanitarios, por un lado, pero más importante fue la concienciación social de la situación de los manicomios y las condiciones en la que vivían los enfermos mentales. Esta sensibilización de la opinión pública significó un importante apoyo a las iniciativas reformistas.
- La articulación de las demandas asistenciales y profesionales desde una organización inicialmente clandestina “La coordinadora psiquiátrica”, su integración en la AEN y el papel de esta asociación.

3.1.2 Guerras psiquiátricas o contestación psiquiátrica

Una vez solventado el primer gran conflicto en Asturias, entre mayo y junio de 1971, se desencadenó otro conflicto psiquiátrico en Madrid en las clínicas de la calle Ibiza. Siguió inmediatamente después el de Conxo, en Santiago de Compostela, y más tarde en muchos otros lugares: el Instituto Mental de la Santa Cruz en Barcelona, en 1973, Bermeo, Salt, Huelva... Y así son muchos los hospitales psiquiátricos que tuvieron que afrontar importantes dificultades. Pero el problema no se circunscribe al mundo sanitario, las “guerras psiquiátricas” fueron:

«...un alegato por el cambio, una variante más de la confrontación social generalizada a la que entonces se asistía en nuestro país; formaban parte de la “agitación social” contra la dictadura, por la democracia y las libertades», (Hernández Monsalve, 2004, 589).

Esto ocurre en el último periodo del régimen, periodo en que florecen numerosos movimientos reivindicativos de carácter social y laboral sin cauce legal para el dialogo con la Administración. Podemos situar las llamadas guerras psiquiátricas en un movimiento social que, aunque inicialmente tiene carácter humanitario y profesional, pronto sintoniza con otros movimientos alternativos en el plano político, cultural y sindical y todos ellos impregnados de resistencia antifranquista.

La respuesta política institucional tiende a ser represiva y autoritaria, generando frecuentes situaciones de tensión y conflicto, actitud que se acentuó en los últimos años del régimen. Como consecuencia hubo múltiples sanciones, despidos, detenciones, expedientes... que a su vez generaron movimientos de solidaridad y apoyo efectivo que consecuentemente radicaliza las posturas iniciales.

En 1970 la policía causó la muerte de tres trabajadores en Granada. Se recurría con frecuencia al estado de excepción. (Anales de Economía y Sociedad 1975),⁹⁶ pero también es significativa la actitud beligerante que tomó la psiquiatría oficial y académica, valgan como ejemplo varias reseñas que González Duro (1978, 318-321) recoge en su libro *“Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975”*.

López Ibor, descalifica el interés renovador, tachando de utópicas e inútiles sus propuestas:

«Han salido últimamente muchos nuevos psiquiatras que, si no inmaduros, si son utópicos, y que seguramente harían más en pro de la psiquiatría trabajando y aplicándose a cosas constructivas que en la perturbación de la misma», (López Ibor, 1972).⁹⁷

Obiols y Ledesma, se refugian en el saber tradicional, teniendo como ignorantes a todo aquél que lo contradiga:

«Los movimientos contestatarios, de los que forma parte la antipsiquiatría, están dirigidos por paramédicos que niegan la naturaleza médica del trastorno psíquico, creen que es de origen social, y yo digo que desconocen profundamente la realidad de esta ciencia médica», (Obiols, 1974).⁹⁸

«Vivimos en un tiempo que se caracteriza esencialmente por una crisis de autoridad, la cual está llevando a unas actitudes neo mágicas y neo místicas, en el fondo a un idealismo que es un ataque a toda racionalidad científica, a todo lo que hemos aprendido de nuestros anteriores», (Ledesma Giménez, 1972).⁹⁹

En la misma línea descalificadora, Sarró define el movimiento reformista de protesta juvenil:

«El asociacionismo juvenil en psiquiatría conserva el carácter subcultura juvenil que se defiende para conservar sus idiosincrasias, con el eterno procedimiento de exagerar los defectos de la generación anterior. [...] Todo ello sin espíritu crítico», (Sarró, 1973).¹⁰⁰

El mejor informe global sobre este periodo de nuestra historia, que hemos llamado “primeros movimientos reformistas” lo constituye el libro *“La transformación de la asistencia psiquiátrica”* (González de Chávez 1980).¹⁰¹ Informe presentado como ponencia en el XV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en el que

⁹⁶ Citado por García González (1979a). *Psiquiatría y cambio social. Análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: El caso del Hospital psiquiátrico de Oviedo (1962-1972)*. El Basilisco, p. 62

⁹⁷ López Ibor (1972), *Declaraciones a Bocaccio*. Citado por González Duro, E. (1978). *Psiquiatría y Sociedad autoritaria: España, 1939-1975* Madrid, Akal, pp. 318-319

⁹⁸ Obiols (1974). *Declaraciones a Noticias Médicas* 11-6- 1974. Citado por González Duro E. (1978). *Psiquiatría y Sociedad autoritaria: España, 1939-1975* Madrid, Akal, p. 319

⁹⁹ Ledesma Giménez (1972). *Los procesos psicopatológicos del anciano a la luz de una nueva concepción del psiquismo*. I Congreso de gerontología. Citado por González Duro, E. (1978). *Psiquiatría y Sociedad autoritaria: España, 1939-1975* Madrid, Akal, p. 321

¹⁰⁰ Sarró (1973). *Misiones fundamentales de las sociedades de psiquiatría*. Archivos de Neurobiología, tomo XXXVI, nº 5, Madrid. Citado por González Duro E. (1978). *Psiquiatría y Sociedad autoritaria: España, 1939-1975* Madrid, Akal, p. 320

¹⁰¹ González de Chávez, M (Ed.) (1980), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Mayoría.

merece la pena detenerse y del cual extraemos los datos que nos parecen de interés para comprender como evolucionaron los primeros intentos reformistas y sus secuelas.

Con objeto de organizar la información, seguidamente se describen las experiencias más significativas siguiendo una secuencia que debemos considerar arbitraria ya que muchos de los movimientos reformistas ocurren de forma simultánea y, a menudo, muy vinculados unos con otros. En segundo lugar trataremos la influencia de los medios de comunicación y las repercusiones de la opinión pública en los procesos reformistas. Y, por último, veremos cómo se articula la respuesta profesional en torno a la coordinadora psiquiátrica.

(i) La reforma del sanatorio psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela:¹⁰²

Además de la de Asturias, otras dos Diputaciones quisieron modernizar la asistencia desde las instituciones ya existentes, desechando la filosofía imperante de construcción de nuevos y enormes manicomios. Fueron las de Vizcaya y La Coruña, considerando la experiencia de esta última, una descripción de lo que allí ocurrió desbordaría la propuesta de este trabajo, y una síntesis corre el riesgo de perder rigor y resultar injusta con los verdaderos protagonistas y acontecimientos. Haciendo esta aclaración pretendo disculparme de antemano y remitir a los interesados en profundizar en la experiencia reformista de Conxo a la bibliografía específica, destacando tres títulos, “*As institucións da locura en Galicia, por una nova psiquiatría*” de García González y González Fernández (1978). “*A psiquiatría en Galicia*” de González Fernández (1977), y por último, “*Conxo: manicomio e morte*” de Alot, Liñero, Seoane, Tato e Torrent (1977). Los tres escritos en gallego y por aquellos que vivieron la experiencia desde dentro.

El manicomio de Conxo pertenecía a la Mitra Compostelana, una sociedad privada de accionistas con importante participación de la Iglesia. Las condiciones en las que allí estaban los enfermos debieron ser indescriptibles para una mentalidad actual. Vivían en absoluta miseria, aunque con rangos. Cuanto más se pagaba (seis tarifas, seis clases), de más beneficios se disfrutaba (ropa, calzado, y hasta mejor comida). La rentabilidad para sus accionistas estaba garantizada. Las rentas de los enfermos, junto al lucrativo negocio de la crianza de cerdos, contribuía a que el saldo siempre diera positivo.

El régimen del centro previo a iniciarse la transformación en 1971, era únicamente custodial y represivo. El número de ingresados rondaba los 1575, cuando la capacidad real era para 600. Allí iban a parar toda clase de personas marginadas (locos, deficientes, vagabundos, inválidos...). Las condiciones de vida en el interior son descritas como de verdadera miseria, hambre, hacinamiento, frío, humedad, malos tratos. El número de muertes era enorme, siendo la tuberculosis y los suicidios las causas principales, (García González, 1980, 62).

¹⁰² Este apartado se inspira en: García González J. (1980). Una década de asistencia psiquiátrica (1965-1975) y dos intentos de psiquiatría comunitaria: El H. P. de Oviedo y el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo. En González de Chávez M. (coord.). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid, Mayoría, pp. 411-456.

La plantilla era muy escasa, había más médicos de especialidades somáticas que psiquiatras, con una dedicación variable (de 2 horas por semana a 4 horas por día). El poder estaba extremadamente jerarquizado, siendo el administrador el máximo exponente de la autoridad. Los médicos debían ser reverenciados, con un estatus a gran distancia del resto del personal. Delegaban en los practicantes, que entonces eran ocho. Las monjas eran las que controlaban el orden moral. Y supeditados a ellas estaban los cuidadores, personal de un extracto social muy bajo y sin ninguna formación.

La degradación progresiva y lo escandaloso de la situación de los enfermos, amenazaba con afectar a la Iglesia, que en 1969 decidió vender el manicomio. Una vez adquirido por su principal cliente, la Diputación, se proyectó la construcción de un nuevo edificio de 1100 camas en el terreno disponible junto a las antiguas instalaciones. Pero la presión hacia nuevas corrientes, junto a la contratación de un gerente afín a ellas, Motoya Rico, exdirector del Hospital psiquiátrico de Oviedo, dio al traste con el proyecto, proponiéndose finalmente otros planes asistenciales y, consecuentemente, otras infraestructuras.

El presidente de la Diputación de Coruña, cargo de bastante relevancia política en el entorno gallego de la época, necesitaba acciones que le prestigiaran ante los grupos de presión local, concibiendo un plan asistencial para toda Galicia. La idea se plasmó en un documento elaborado por un grupo de trabajo integrado por los directores de los centros psiquiátricos, jefes provinciales de sanidad, presidentes de diputaciones y representantes del gobierno central. Finalmente el plan no prosperó, ante las dificultades para un mínimo acuerdo. Pero como instrumento propagandístico obtuvo importante repercusión, pudiendo llevarse a cabo sólo en la provincia de Coruña. El presidente de la Diputación esperaba poner en marcha un plan piloto que tuviera “*extraordinario interés para la organización y planificación de la asistencia psiquiátrica a nivel nacional*”, según el informe de la Diputación Provincial de La Coruña sobre el sanatorio de Conxo en 1972.

El modelo de gestión elegido para la transformación fue la constitución de una fundación pública de servicios, lo que debería suponer una mayor flexibilidad y autonomía en la gestión. Así la Fundación pública del Sanatorio psiquiátrico de Conxo, estableció en sus estatutos tres niveles administrativos: el Pleno de la Diputación, el Consejo de Gobierno y el gerente. El modelo asistencial traído por el gerente es el mismo que se pretendió implantar en Oviedo (de hecho se trata del Dr. Montoya Rico, director de la experiencia asturiana). Se basaba en los principios de la psiquiatría comunitaria y de sector, aunque con la ventaja de poder contar con las correcciones pertinentes producto de lo aprendido en la reciente y fracasada experiencia asturiana.

De este modo, ya desde un principio y por exigencia del nuevo responsable, se unificaron la dirección médica y la gerencia bajo una misma dependencia. Se dotó a los equipos de autonomía. Se crearon canales participativos del personal y se estableció un sistema de selección de personal democrático.

En el año 1972 comenzó la reforma interna de Conxo, aumentó sustancialmente el número de trabajadores, se produjo un cambio radical en el enfoque asistencial, que pretendía ser rehabilitador, mejoraron notablemente las condiciones hoteleras de alimentación, higiene y fundamente se reorganizó la estructura funcional. Los pacientes pasaron de ser agrupados según su capacidad económica a agruparse por su lugar de procedencia. Se les dotó de mayor libertad, creando una dinámica de debate y comunicación entre los diferentes niveles. Surgió así una asociación de pacientes reconocida administrativamente y se van abriendo las puertas al exterior.

Paralelamente se organizó la asistencia extrahospitalaria, creando tres equipos sectoriales que se desplazaban regularmente a los 6 dispensarios distribuidos por toda la provincia. Los resultados no tardaron en evidenciarse, en menos de dos años el censo de internados baja en casi 400.

La reorganización administrativa y modelo de atención se encontró con fuertes resistencias dentro del hospital. Los antiguos cuidadores se sienten amenazados y cuestionados por los nuevos modos de trabajo. La llegada de nuevos profesionales con formación, ideología, y sobre todo con una función muy lejana a la represora custodial, supuso una importante tensión repleta de contradicciones. Los cuidadores antiguos vieron amenazados sus puestos. Se sentían relegados y desconsiderados por las nuevas técnicas y se situaron, de entrada, en contra de toda reforma. Los nuevos profesionales los consideraron irrecuperables, pero se veían en aprietos cuando no podían contar con su experiencia en los casos más agudos. No sabían qué hacer con los enfermos violentos. Como dato de su especial situación recordamos que incluso los uniformes eran diferentes a los utilizados por los nuevos cuidadores, ahora llamados auxiliares.

A estos problemas con los antiguos cuidadores se añaden presiones por reivindicaciones laborales, presiones que inicialmente dificultaron el proceso reformista pero que con el transcurso del tiempo formaron parte de la solución. Se sentían vejados al exigirles el certificado de estudios primarios para acceder a la condición de auxiliar y marginados económicamente, por lo que su actitud sino abiertamente beligerante si supuso un verdadero obstáculo para todo intento de cambio. Los MIR vieron la necesidad de acercarse a las posturas de los cuidadores. Revalorizando su labor, contando con su participación clínica y, en esencia, apoyándoles en sus reivindicaciones.

Inicialmente la desconfianza era grande, pero las posiciones fueron acercándose para llegar a una propuesta: equiparación de todos los cuidadores con los auxiliares, tanto en funciones como en salario, reconocimiento de todos los derechos adquiridos, considerar la experiencia el único requisito para el ascenso y la realización de un curso específico una vez conseguida la equiparación. La propuesta no fue aceptada por la gerencia que exigía mayor formación para acceder a la titulación. El compromiso de respetar los derechos adquiridos sólo se mantenía de palabra. Por su lado los antiguos cuidadores presionaban para mantener ciertas tradiciones como el turno fijo y no prestar servicio en las salas de enfermos de diferente sexo que el cuidador.

El asunto se resolvió con una propuesta ambigua para que voluntariamente solicitaran los interesados participar en los cursillos, se apuntaron dos tercios de los cuidadores, y como describe Alot et al. (1977,46):

«Con tiempo, entre situaciones a veces trágicas, a veces cómicas, fue produciéndose una verdadera integración del grupo de cuidadores en la dinámica del centro, [...] participando en todas las movilizaciones, asambleas, paros y concentraciones, incluso en la caja de resistencia, que funcionaba tradicionalmente a modo de fondo para desgracias personales».

Las resistencias también se dejaron notar entre los antiguos médicos afincados en la ciudad que temían perder la clientela si mejoraba la atención del servicio público. Así apoyados por las “fuerzas vivas” y los medios de información locales iniciaron una campaña alarmista sobre los posibles riesgos que la reforma produciría en relación a la seguridad y la moral pública. A pesar de estas importantes tensiones la reforma avanzaba a buen paso, pero como describen García González y González Fernández (1978, 61):

«Cuando se están dando pasos realmente importantes cara a una autentica asistencia comunitaria, que a la larga significaría rematar el manicomio, destruirlo desde dentro, estalla el conocido conflicto del año 1975».

La conflictividad era patente. En el exterior, con la opinión pública en contra, animada por la prensa que difundía los más mínimos contratiempos como una prueba palpable del fracaso de la pretendida reforma. En el interior, huelgas de reivindicación salarial, luchas internas por cuestiones de ideología asistencial, detención de cuatro médicos residentes acusados de propaganda ilegal y la marcha del gerente.

La negociación del convenio colectivo fue dura y creó enfrentamientos entre el consejo de gobierno y la casi totalidad de los trabajadores y éstos entre sí. Finalmente los resultados fueron muy positivos consiguiendo un aumento lineal de todos los salarios, lo que llegó a suponer un 70% de aumento en los sueldos más bajos. Pero, como señala García González (1980, 454): “*El triunfo obtenido en las mejoras salariales también sirvió para agudizar más el clima de radicalización*”. La administración pasó a incrementar las medidas autoritarias recortando los canales de participación e incrementando el número de jefes de unidad.

Los encargados de unidad, según García González (1980, 143), eran una pieza organizativa clave, coordinando al personal de una sala, realizando las funciones más burocráticas. Éstos fueron depositarios de la ira del resto de personal, propiciando una situación de aislamiento y contribuyendo así a que se incrementaran sus actitudes defensivas.

Entonces estalló una nueva huelga estatal de los MIR (finales de 1975). Como se vio al tratar la experiencia en Oviedo, fueron dos meses de conflictos, tres huelgas en las que llegaron a participar 25 hospitales y 2000 médicos junto a la solidaridad de otras categorías profesionales.

En Conxo se adhieren inicialmente los residentes, para contar enseguida con el apoyo de otros médicos y trabajadores. La administración aprovechó la situación para despedir a todos los MIR, tres psiquiatras, una trabajadora social y algunos auxiliares psiquiátricos. Su objetivo era erradicar las posturas más democráticas e implantar un nuevo orden de ideología autoritaria.

Así se produjo una rápida regresión. Los despidos de quienes se habían significado sirvieron de intimidación para los otros. Las asambleas fueron prohibidas y retornaron los usos disciplinarios tanto hacia los enfermos como hacia los trabajadores. Según González Duro (1987, 148):

«Dentro del manicomio vuelve la violencia institucionalizada, el predominio de las pautas controladoras, los tratamientos de choque, el despotismo administrativo, el individualismo en el trabajo, la desmoralización del personal, la apatía, el silencio».

En 1976 se produjo un incendio en uno de los pabellones en el que murieron siete enfermos y se destruyeron 300 camas. Muchos enfermos tuvieron que ser evacuados a sus provincias de origen. Esta circunstancia fue aprovechada para remozar las viejas instalaciones y promover la asistencia privada. Así la población asistida fue disminuyendo y retoma su anterior carácter de asilo.

Aunque se organizaron movimientos de solidaridad tanto sociales como profesionales (Coordinadora Psiquiátrica, Reseau y de la psiquiatría Democrática de Italia), no tuvieron ninguna eficacia ante la represión gubernativa. García González describe así el final de la experiencia reformista de Conxo:

«Dentro del hospital el autoritarismo y el clima de miedo creado hicieron su mella, en febrero 1976, 223 trabajadores firmaron un escrito de apoyo al Presidente del Consejo y de denuncia de las vanguardias», (García González, 1980,456).

Esta fue la perspectiva de activos protagonistas con posturas reformistas pero hay otra perspectiva: la conservadora. Aunque la literatura es escasa en este sentido sirve la experiencia de Jimeno Valdés, que relata los hechos desde esa otra visión en su artículo de la revista *Mente y Cerebro*, nº 48 en 2011. En él se avalan los intentos reformistas en el sentido de adecuar la estructura arquitectónica, la dotación de servicios adecuados para la atención y humanización de la asistencia de los pacientes así como la descentralización y el mantenimiento de los pacientes en la comunidad. La diferencia se encuentra en la interpretación de los conflictos, Jiménez Valdés atribuye los problemas a la inadecuada selección de personal:

«La selección del abundante personal nuevo se realizó de forma sesgada: en su mayoría eran personas con compromisos políticos con el partido comunista, algunos grupos anarcosindicalistas y la nueva izquierda de movimiento sindical que se estaba organizando en Galicia. Adoptaron la reforma hospitalaria bajo la ideología de la antipsiquiatría en su línea más dura, semejante a la de Franco Basaglia, líder de la antipsiquiatría Italiana. Eran los últimos años de la vida de Franco. En la culminación del proceso, aprovechando las negociaciones para nuevos pactos laborales, se promovió un movimiento supuestamente asambleario que intentó usurpar toda autoridad del hospital. [...] La culminación en el centro de Conxo se produjo entre el 2 y el 7 de julio de 1975, con una huelga salvaje:

abandono de los puestos de trabajo bajo las presiones de los piquetes y que resolvió el Presidente de la Fundación con la supresión de la docencia y la expulsión de responsables en puestos superiores...», (Jiménez Valdés, 2011, 9).

Esta es una de las muestras de la situación convulsa que el país vivía en aquellos momentos, en la que posturas inicialmente moderadas, fueron radicalizándose ante la actitud rígida e intransigente del poder establecido.

(ii) Experiencia de cambio en las Clínicas de la calle Ibiza de Madrid:¹⁰³

En el verano de 1971 se desencadenó un conflicto en las Clínicas psiquiátricas de la calle Ibiza de Madrid, ubicadas en el entonces llamado Ciudad Provincial Francisco Franco, hoy Hospital Gregorio Marañón. En su inauguración, dos años antes, la Diputación divulgó sus maravillas:

«350 camas dotadas de “las más modernas instalaciones y servicios”, dos pabellones, consultas externas, hospital de día, hospital de noche, laborterapia, psicología, psicoterapia etc...», (González Duro, 1987, 129).

Siguiendo a este autor, la realidad era muy distinta. El espacio quedó muy reducido. Los pacientes se hacían en un régimen cerrado. La asistencia mantenía criterios tradicionales y muy medicalizados. Pero, por otro lado, ofrecía grandes posibilidades de transformación por su buena dotación de personal, su ubicación en el centro de Madrid, su alto índice de rotación de las camas y la implantación progresiva de la asistencia ambulatoria.

El conflicto surgió cuando la Administración con el apoyo de la Diputación decidió suprimir las clínicas psiquiátricas y trasladar a todos los enfermos y personal a otro hospital, el Alonso Vega. Su objetivo fundamental era rentabilizar este espacio hospitalario concertando las camas con la seguridad social, ámbito del que quedaba excluida la atención psiquiátrica, (González Duro, 1987, 131).

Tras haber agotado todos los cauces legales la protesta se materializó en un encierro del personal, por tiempo indefinido, este encierro tuvo una enorme repercusión mediática y contó con el apoyo de numerosos centros psiquiátricos e instituciones sanitarias a nivel nacional. En la dura confrontación con la Diputación de Madrid terminó cediendo ésta y restituyendo las clínicas tal como estaban antes del traslado, los despedidos fueron readmitidos y se propuso una ampliación y reestructuración organizativa.

En este periodo se iniciaron experiencias de asistencia comunitaria, asambleas con los pacientes, trabajo con las familias, trabajo en equipo, salidas de fin de semana de los pacientes, se eliminaron técnicas represivas, y se restituyeron los derechos y libertades a enfermos. En 1973 se creó el hospital de día. Según Rivas Padilla (1980, 462):

¹⁰³Este apartado se inspira en: Rivas Padilla E. (1980). Análisis de la experiencia de cambio en las clínicas psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria Provincial de Madrid. En González de Chávez M. (coord.). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid, Mayoría/A.E.N., pp. 457-502

«Con la introducción de estas actividades y la teoría que las inspiraba se abrió en las Clínicas Psiquiátricas un debate teórico-práctico muy intenso que alcanzó momentos muy dramáticos entre el personal más implicado en la asistencia diaria. Es decir, en el grupo técnico-auxiliar, que si en la defensa de los servicios durante el conflicto había manifestado coherencia, cuando emergieron y se fueron perfilando dos líneas asistenciales distintas, entraron en crisis, con discrepancias, enfrentamientos y graves acusaciones por parte de los que consideraban las prácticas liberalizadoras como excesivamente audaces, cuando no inútiles, hacia aquellos que con su práctica ponían en grave riesgo la concepción científico-natural de la enfermedad y el orden institucional secular».

Esta vez el problema se expresó en el interior con tensiones y rencillas entre los profesionales. Esta falta de coherencia y sobre todo de fuerza, fue aprovechada por el Jefe de Servicio para retomar su autoridad e implantar métodos represivos. Se unificaron los dos espacios asistenciales bajo su dirección y restauró una estructura organizativa piramidal, desarticulando los equipos técnicos establecidos, (González Duro, 1987, 132).

El colectivo de los profesionales fue forjando dos tendencias que defendían concepciones asistenciales contradictorias. Las discrepancias inicialmente surgían dialécticamente en los espacios de discusión, para pasar a enfrentamientos directos y boicot a toda actividad que pudiera ser calificada de comunitaria.

El deterioro de la asistencia fue palpable. Se prohibieron las reuniones y las salidas. Se alentó la división del personal auxiliar e incluso se produjeron discrepancias entre los propios profesionales reformistas. Situación que fue debilitando los entusiasmos iniciales, produciendo un refugio en posiciones individualistas y parcializadas. Actitud que por su lado también minó la autoridad del jefe de servicio que se veía incapaz de restablecer la disciplina y resolver la permanente conflictividad.

Las órdenes del Jefe de Servicio fueron contestadas con escritos dirigidos a él mismo y después a la Dirección. Como repuesta se dictaron nuevas órdenes, esta vez aludiendo al Reglamento de Régimen interior, imponiendo unos horarios rígidos, se prohíbe toda actividad grupal y, en general, se establecieron mecanismos de control a todos los niveles. De esta manera, Rivas Padilla relata que a lo largo del año 1974:

«...se suceden un continuo intercambio de escritos, informes y denuncias de unos hacia otros, haciendo partícipes a los órganos rectores de la ciudad sanitaria y de la Corporación Provincial. Por otra parte, y en el orden práctico lleva a una amplia desobediencia asistencial y administrativa de un grupo mayoritario de técnicos al profesor Jefe de servicio», (Rivas Padilla, 1980, 472).

Esta situación pronto generó una regresión en la asistencia, la asistencia quedó prácticamente colapsada y según Rivas Padilla (1980, 468) “*se anula el proyecto asistencial y desaparece toda actividad coordinada o planificada*”. Sólo el Hospital de Día logró sobrevivir consiguiendo una plena autonomía en su funcionamiento.

La problemática asistencial y administrativa, los conflictos internos y también motivos relacionados con la rentabilidad de los espacios de las clínicas, dieron lugar a que en 1978 la propia Administración de la Ciudad Sanitaria iniciase un proceso negociador con el personal de las clínicas. Proceso que culminó en un pacto que resolvería el largo conflicto, en el que se limita la jurisdicción del Jefe de servicio y se ceden la mitad de

las Clínicas para una nueva sección orientada a la psiquiatría extrahospitalaria, sección que aglutinará solo a personal reformista, con planteamientos democráticos. Esta sección nace con el propósito de ir dejando libre el espacio dedicado a la psiquiatría, en la medida en que se desarrolle plenamente la asistencia extrahospitalaria, y se creen lo que serán los centros de salud mental ubicados en la comunidad, (González Duro, 1987, 133).

(iii) La reforma asistencial en el Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona.¹⁰⁴

El Instituto Mental de la Santa Cruz tuvo sus peculiaridades. Peculiaridades que condicionaron la experiencia reformista, dándose en ella todas las contradicciones propias de estos primeros movimientos que terminan fracasando, tal como ya vimos en las dos experiencias anteriores.

El Instituto Mental fue un hospital psiquiátrico dependiente de un hospital general, el Hospital San Pablo, esto daba un carácter mucho más medicalizado y supuestamente científico a la asistencia psiquiátrica en comparación a otras instituciones psiquiátricas del momento.

La dependencia administrativa del Instituto era público-privado, la mayoría de los pacientes allí internados estaban bajo la responsabilidad económica de la Diputación Provincial, predominantemente enfermos crónicos. Sobre él pesaban de una forma muy fuerte intereses especulativos inmobiliarios, que sintonizaban con la siempre precaria economía del hospital general. La venta de los terrenos donde se ubicaba el Instituto estaba siempre en el fondo de la cuestión.

Hasta 1970 el centro mantuvo una estructura y funcionamiento típico manicomial, con escaso personal clínico y sostenido por comunidades religiosas, una femenina y otra masculina, y algún personal subalterno no cualificado, los celadores. Las exigencias políticas de adecentar los manicomios condujeron a una ampliación de plantilla, consolidándose un núcleo compuesto por médicos, residentes, enfermeros, entonces llamados ATS, una asistente social y varias auxiliares de clínica. Se trataba de personal cualificado, joven y en sintonía con el movimiento social en pro de la democracia.

En este contexto se produjo la venta de parte de los terrenos y la demolición de casi medio edificio. Los 420 internados quedaron hacinados en el espacio restante, con la conciencia de parte del personal de que la desaparición total del centro era cuestión de tiempo. Esta amenaza aglutinó a casi todo el personal en una reacción de lucha que simultaneaba frentes urbanísticos, laborales y asistenciales. Como señala Linares:

«El año 1971 es de una combatividad extraordinaria. Las asambleas se suceden a buen ritmo y sus acciones enérgicas (varias huelgas y encierros), y asumidas unitariamente por la casi totalidad del personal implicado», (Linares, 1980, 509).

¹⁰⁴ Este apartado se inspira en: Linares JL (1980). La reforma asistencial en el Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona. En González de Chávez (Comp.). La transformación de la asistencia psiquiátrica, Madrid, Mayoría/A.E.N., pp. 503-516

Por su lado las huelgas solidarias, manifestaciones de apoyo y campañas de prensa suponían una pesadilla para la administración, que tomaba actitudes a veces muy represivas y otras más tolerantes. Finalmente hubo efectos:

«El miedo al escándalo por parte de la MIA (Muy Ilustrísima Administración) hizo que los trabajadores consiguieran importantes logros a finales de 1971: se contrataron nuevos médicos, psicólogos, asistentes sociales y un grupo considerable de auxiliares psiquiátricos, todos ellos seleccionados según los criterios de la asamblea de trabajadores, con ello se abría la posibilidad de iniciar la transformación psiquiátrica del Instituto, con la que inicialmente comulgaba la dirección: se constituyeron equipos de trabajo en torno a los médicos de las distintas secciones, se modificaron y mejoraron las condiciones de vida de los internados, se introdujeron normas de funcionamiento colectivo con la participación creciente de los pacientes», (González Duro, 1987, 136).

Se dieron cambios trascendentales, especialmente en la contratación repentina y masiva de personal cualificado, 17 médicos, 4 psicólogos, 4 trabajadores sociales y se crea la nueva figura del cuidador, de los que se contratan casi 90. Según observa Linares (1980), “*se van a conseguir los índices de personal más altos de España y...casi, casi del Mundo*”. Siguiendo con los datos que aporta este mismo autor, otro factor favorable fue conseguir “*una amplia autonomía de gestión, tanto médico administrativa (se sustituyen las jerarquías tradicionales por comisiones gestoras) como económica (cada pabellón va a disponer de un dinero en mano para actividades ampliamente calificadas de ludoterápicas, que solo deberá justificar a posteriori)*”, (Linares, 1980, 510).

Los equipos funcionaban de forma autónoma, todos ellos promovían reformas importantes inspiradas en los principios de la psiquiatría comunitaria, aunque el aislamiento entre las diferentes secciones condujo a divergencias sobre el modelo de referencia (británico, francés, italiano). Los profesionales antiguos fueron promocionados a auxiliares o a cuidadores y aunque no se integraron plenamente en la reforma, no tomaron actitudes de resistencia al verse bien compensados en sus salarios.

La comunidad religiosa masculina se extinguió al iniciarse la reforma. La comunidad femenina vio mermado su poder y manifestó abiertamente su oposición a la reforma, justificada en la relajación de la moral sexual. Viendo sus dificultades abandonaron la institución sin mayor problema.

Los problemas aparecieron cuando la administración cambió de actitud, provocando interferencias continuas en la organización de la asistencia, imponiendo prohibiciones gratuitas o restringiendo todas las actividades que implicaban mayor autonomía de los internados. Su objetivo explícito era “*restablecer la disciplina y el orden manicomial*”, esto culminaría siguiendo a González Duro (1987, 137) “*con una oleada de amonestaciones y sanciones, que a finales de 1972 afectaba ya al 90% de los trabajadores*”. El conflicto estalló cuando dos auxiliares, por motivos nimios, son despedidos y en su apoyo 17 trabajadores realizaron un encierro en el centro. Encierro que terminó con la intervención policial y el despido del médico responsable de la sección.

Este conflicto quiso llevarse a debate a la asamblea de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, acto suspendido por orden gubernativa. Mientras, la asistencia en el Instituto sufrió una rápida regresión, se redujo el personal, aumentó la jerarquización y se olvidaron todas las actividades reformistas.

(iv) La experiencia del Hospital Psiquiátrico de Huelva:¹⁰⁵

En 1971 se inauguró un nuevo hospital psiquiátrico en Huelva. Contó con la ventaja de que su personal fue de nueva contratación, sin experiencia manicomial previa y sin el riesgo de institucionalización que hemos visto en otros lugares. La plantilla se consideró suficiente y se procuró que con formación previa, motivo que retrasó la apertura e ingreso de los pacientes, muchos de ellos procedentes del manicomio de Miraflores de Sevilla.

En 1972 se puso en marcha un programa asistencial, en la línea de la comunidad terapéutica, con unidad de agudos y una propuesta firme de dirigir la asistencia hacia la comunidad, de hecho es una de las pocas instituciones de aquel momento dotada de una infraestructura adecuada, plantilla suficiente, cualificada y fundamentalmente motivada, lo que podría posibilitar una asistencia modélica. González Álvarez y Fernández Sanabria (1980), describen cómo el personal técnico tras un análisis crítico del funcionamiento de la institución, elaboró un proyecto de reorganización que se tradujo en importantes avances asistenciales en la línea de la asistencia comunitaria:

«Durante 1973 se van introduciendo reformas, se constituyen tres unidades clínicas, mixtas las tres, una dirigida a pacientes de nuevo ingreso, otra a pacientes de larga estancia en proceso de rehabilitación y otra asilar, [...] se asigna un equipo a cada unidad. Se instauran las reuniones de equipo e intergrupo, las reuniones comunitarias de pacientes y personal, se desarrolla la sección de terapias colectivas, en especial la terapia recreativa. Se inician grupos de psicoterapia en sentido estricto, se fomentan las comunicaciones formales e informales dentro de la institución y los contactos con el exterior», (González Álvarez y Fernández Sanabria, 1980, 518)).

Estos avances quedaron frenados cuando, ante reivindicaciones laborales y de participación democrática en la gestión de la institución por parte de los trabajadores, la administración reaccionó represivamente, suspendió la mayoría de actividades grupales, restableció la autoridad del director y propuso la construcción de una verja que aislase el centro del exterior.

Los trabajadores mantuvieron la tensión. Se produjeron represalias laborales y disciplinarias, de esta situación se hace partícipe la opinión pública, obteniendo un importante apoyo que finalmente conduce a restablecer el modelo reformista, no sin importantes tensiones con la administración.

¹⁰⁵ Este apartado se inspira en: González Álvarez O. Fernández Sanabria JA. (1980). La experiencia del Hospital Psiquiátrico de Huelva a través de seis documentos. En González de Chávez M. (coord.). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid, Mayoría/A.E.N., pp. 517-532

(v) La situación del Manicomio de Salt en Gerona:¹⁰⁶

En 1972 fueron contratados cuatro residentes que junto con una exigua plantilla compuesta por un médico especialista, veinte monjas, un enfermero y un número variable de celadores, atendían a los 880 internados. Las condiciones de habitabilidad debían ser dantescas, suciedad, alimentación insuficiente, utilización de celdas de castigo, inyecciones de fijación, falta de fármacos suficientes sobreutilización del electrochoque... Situación recogida por los nuevos residentes que junto con propuestas de mejora, elaboraron un informe dirigido a la dirección. La respuesta administrativa de nuevo fue represiva: se prohíben las reuniones y un residente fue despedido quedando los demás bajo amenaza. Ésto hizo que los profesionales entregaran el informe a la prensa.

Así es como en 1973 sale a la luz pública la situación de los enfermos internados en el manicomio de Salt (Gerona). González Duro (1987, 140) lo describe: “*Ante el escándalo producido y el apoyo que se obtiene del exterior, la Diputación cede en sus amenazas y sanciones y promete una reforma asistencial*”. Reforma que con sus dificultades consiguió importantes avances hasta que la administración aprovechando la huelga MIR de 1975 despidió a los residentes motores de la reforma, quedando bastante estancada aunque oficialmente mantenida.

(vi) El conflicto en el Hospital Psiquiátrico de Alcohete en Guadalajara:¹⁰⁷

En 1974 se produjo otro conflicto dentro de las “guerras psiquiátricas”. El Hospital Psiquiátrico de Alcohete en Guadalajara tenía muy buena prensa. De él se decía que mantenía un funcionamiento modélico, en forma de cooperativa, con talleres y manufacturas productivas, pero en 1972 fueron contratados nuevos profesionales con nuevas perspectivas de lo que debe ser la asistencia, (Desviat, 1980, 547).

Los nuevos profesionales con sensibilidad y formación clínica, observan que en la cooperativa prevalece la función productiva frente a la asistencial, establecida por una rígida normativa defendida por su director, en la que los internados eran obligados a trabajar, bajo amenazas de expulsiones o encierros. Los pacientes estaban muy mal remunerados y los auxiliares cobraban en función de la productividad. Así los trabajos especializados los realizaban los trabajadores del centro, ocupando a los internados en tareas rutinarias. Funcionaba de una manera muy poco participativa, en la que no existía ningún plan terapéutico ni se permitían las reuniones, (González Duro, 1987, 140-145).

Todos los intentos de los técnicos por mejorar la asistencia y crear equipos terapéuticos, chocaron con la oposición del director. Optaron por presentar una denuncia en la

¹⁰⁶ Este apartado se inspira en: Aparicio Basauri V. (1980). Análisis de la transformación del Hospital Psiquiátrico de Salt. En González de Chávez M. (coord.). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid, Mayoría/A.E.N., pp. 553-566.

¹⁰⁷ Este apartado se inspira en: Desviat, M. (1980). Alcohete. en La transformación de la asistencia psiquiátrica, Manuel González de Chávez (coord.). Madrid, Mayoría/A.E.N., p. 547-552

Dirección General de Sanidad, como respuesta obtuvieron un expediente y una suspensión de empleo y sueldo.

De nuevo fueron las protestas publicadas en prensa y el apoyo de otros hospitales nacionales y extranjeros quienes consiguieron que la administración se replantease su política. El director fue cesado y se reguló la exclusión de los castigos y el trabajo obligatorio.

(vii) El intento reformista del hospital de Bermeo en Vizcaya:

Tal como relata González Duro (1987, 141), en 1970 en el manicomio de Bermeo se inició un profundo proceso de transformación en la línea de la rehabilitación de crónicos y apertura hacia el exterior. El proyecto contemplaba aumentar progresivamente la autonomía del paciente hasta que pudiera desenvolverse en sociedad con los apoyos necesarios. Para ello introdujeron principios de terapia ambiental, participación democrática, laborterapia, terapia industrial, incentivación del trabajo con una remuneración justa y la posibilidad de reinvertir el salario en los diferentes servicios de la comunidad. Este programa: *“consigue disminuir rápidamente la población de crónicos, considerándose en este momento el paradigma de cómo este tipo de funcionamiento podía cumplir los objetivos reformistas, con la desaparición de la asistencia asilar y la implantación de un modelo comunitario”*, (González Duro, 1987, 141).

De nuevo una experiencia abortada, en este caso las circunstancias que rodean la regresión, parecen vinculadas con la desaparición de figuras relevantes que mantenían el liderazgo. La jubilación del jefe de servicio, o el traslado de varios médicos en 1975, que no son repuestos, supone una importante dificultad para mantener los servicios desarrollados, con el consiguiente freno a la reforma, desaparición de la atención extrahospitalaria y la vuelta al modelo manicomial.

También aquí en los años siguientes, se suceden los conflictos y denuncias en prensa, a veces por circunstancias concretas del centro, otras en conjunto con otros lugares del país, y siempre como expresión de la imposibilidad de desarrollar y mantener experiencias que humanizasen la asistencia psiquiátrica.

(viii) El hospital psiquiátrico de Bétera en Valencia:¹⁰⁸

Lo ocurrido en Bétera se menciona someramente como reflejo de la situación del momento político y la respuesta administrativa que se daba a los graves problemas asistenciales. No porque haya supuesto una experiencia reformista, que como en los casos anteriores fracase, sino como un ejemplo de un fracaso ya desde su inicio.

¹⁰⁸ Este apartado se inspira en: Miralles F. Espinosa J. (1980). El Hospital Psiquiátrico de Bétera. En González de Chávez M. (coord.). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid, Mayoría/A.E.N., p. 533-546

La Diputación de Valencia, en respuesta a las continuas denuncias periodísticas de las condiciones infrahumanas en que se mantenían a los internados en el viejo manicomio de Jesús, asignó un importante presupuesto, procedente de los Planes de Desarrollo, a la construcción de un nuevo edificio. El nuevo complejo se puso en marcha en 1974, la pretensión de la administración era hacer de la institución una “ciudad” con todos los servicios: Iglesia, edificio administrativo y de dirección, centro cívico, centro comercial, campos deportivos, seis talleres industriales, incluso un hotel para visitantes. Junto a ocho pabellones para los internados, distantes entre sí y distribuidos como barrios según la categoría social de sus habitantes.

Otra de las pretensiones de la administración era que los internados ganasen su salario trabajando en los talleres y dispusiesen de su dinero que gastarían en el centro social o en las propias tiendas del complejo. Todo quedaba dentro y siempre bajo el interés de que resultase rentable.

El resultado no pudo ser menos afortunado. La edificación resultó muy poco funcional y deficiente en su construcción. La disposición de la infraestructura requería una amplia plantilla, que realizaba su trabajo en su pabellón en total desconexión con los otros. Los pacientes se desorientaban en semejante laberinto en el que no existía una mínima coherencia organizativa. No había dirección médica, ni organigrama, ni normas de funcionamiento, ni siquiera una plantilla estable.

En estas condiciones lo común era una total desmotivación del personal, que solo se movilizaba ante reivindicaciones laborales. Cualquier intento de rehabilitación o introducción de modelos de autogestión por los propios pacientes, chocaba frontalmente con el poder totalitario del Diputado Delegado, jefe absoluto del manicomio. En general, *“La gestión del centro está atrapada en esa maraña burocrática de secciones, comisiones políticas o de compras, [...] ese sistema de jerarquías y dependencias múltiples que sirve para que cada uno se sienta amo de su propia parcela y a la vez pueda eludir toda responsabilidad”*, (Miralles y Espinosa, 1980, 536).

Así, siguiendo a estos autores, vemos como una gran inversión pública fracasó. Lejos de lograr una mejora en la asistencia, no hizo más que perpetuar el modelo manicomial en lo referente a la asistencia. Al tiempo sirve de coartada para que otros intereses encontraran su cauce: contrataciones y promociones arbitrarias, selección de personal sin criterio técnico, presupuestos determinados al margen de las necesidades asistenciales y sin control administrativo...

Se podrían describir otras experiencias, todas ellas dignas de mención (Valladolid, Leganés, Las Palmas, Sevilla, Albacete...), pero la circunstancia histórica que marca la muerte de Franco y el proceso de transición democrática, las ubica en otro contexto que trataremos más adelante.

3.1.3 El papel de la prensa y la movilización de la opinión pública

El papel desempeñado por la prensa y la opinión pública tuvo un peso importante en la evolución del proceso reformista.¹⁰⁹ Ya antes de la muerte de Franco, son frecuentes y escandalosas las denuncias periodísticas tanto del trato a los enfermos, las condiciones de hacinamiento y pobreza, como de la contestación institucional frente a todo intento de modificar la situación. González Duro (1987) explica esta respuesta institucional:

«Frente a la contestación psiquiátrica, la administración mantuvo siempre una actitud rígida e intransigente, aunque a veces tuviese que ceder ante las presiones, que no ante las razones. Por encima de todo a los políticos de entonces les preocupaba el orden jerárquico e institucional, el famoso principio de autoridad. [...] Pero les frenaba el miedo al escándalo público, a las denuncias periodísticas y a los movimientos de solidaridad. Su obsesión era acabar con los conflictos cuanto antes, sofocarlos como fuera, pues temían que alterase el orden público y que se convirtiesen en conflictos políticos de imprevisibles repercusiones. Por eso se hicieron concesiones, sobre todo en los primeros momentos.

Pese a todo la lucha no fue inútil: se realizaron cambios que demostraron que la transformación del manicomio era posible cuando hubiese más apoyo político, cuando hubiera voluntad política para el cambio [...]. Nada quedaba como antes. Cuanto menos quedaba un importante fermento para el futuro, para cuando las circunstancias políticas fuesen otras, más favorables», (González Duro, 1987, 149-150).

Los medios de comunicación tuvieron un lugar destacado en la pretendida reforma. En gran medida configuraron la representación social de la locura, del manicomio y de los actores en juego (enfermos, profesionales y políticos). Inicialmente su labor fue de concienciación social, denunciando las condiciones de vida y el trato que recibían los enfermos tratados según el modelo manicomial, para seguidamente difundir e instruir sobre los cambios propugnados por el nuevo modelo comunitario.

De esta manera la prensa contribuyó en gran medida a unir posiciones entre los profesionales de la psiquiatría y el cambio. Esto se tradujo en la publicación de numerosos documentos centrados en la transformación del manicomio y en el desarrollo de la asistencia comunitaria.

En general, como muestra García González (1979, 63), las luchas psiquiátricas despertaron notable interés y una acogida positiva en otros medios no sanitarios: “*Sobre todo en aquellos con mayor sensibilidad a la problemática social y en otros que resultaban afectados directa o indirectamente, familias de enfermos, grupos de expacientes etc.*”. Como ejemplo ilustrativo destaca por su valor testimonial las actitudes de algunas organizaciones obreras, como el Comité de Solidaridad Obrera de Asturias que incluyó en su fondo a los 20 médicos becarios represaliados en el conflicto de Asturias en el año 1971.

¹⁰⁹ De este periodo y sus secuelas periodísticas existe (a disposición) un dossier que recoge referencias significativas aparecidas en la prensa del momento, documento que consideramos de interés para valorar en su justa medida cómo los problemas asistenciales de los enfermos psiquiátricos y también de los profesionales que debían atenderles, confluyeron con la sensibilidad social en un momento político en que los cambios parecían perentorios y como respuesta, el sistema recrudecía sus métodos de control.

De los conflictos y las huelgas de los médicos se hizo eco la prensa nacional (sanitaria y no sanitaria), encontrando solidaridades en otros hospitales del país:

«El eco que despertaron rebasó con mucho el marco de lo profesional y sanitario: mantuvieron durante años una permanente presencia en la prensa general, suscitando a veces la solidaridad de los sectores sociales más conscientes. Aun cuando en muchas ocasiones, la confrontación tenía un carácter marcadamente técnico, inmediatamente adquirían una dimensión política», (Hernández Monsalve, 2004, 588).

También son destacables alguna de las publicaciones de la época en las que se describe la situación de absoluto deterioro y precariedad en que se encontraban los manicomios y la asistencia psiquiátrica española, siendo dignos de recordar los reportajes de Tomás Martín Arnoriaga y el libro “*Mi viaje a la locura*” de Ángel M^a de Lera, en 1972 y películas como “*La naranja mecánica*”, “*Alguien voló sobre el nido del cuco*”, “*Family life*” o “*Diario de una esquizofrénica*” que alcanzaron gran popularidad en esta época, (Hernández Monsalve, 2004, 589).

De la lectura del libro “*Mi viaje a la locura*” de Ángel M^a de Lera (1972), podemos extraer un retrato fiel de la situación en la que se mantenían los psiquiátricos, el personal que los atendía, vistos desde una visión lega en la materia sanitaria. En sus veintidós capítulos entrevista a los directores de los manicomios o a personas en las que ellos delegan, al tiempo que visitan las instalaciones, pudiendo interactuar con los pacientes allí internados. En palabras del autor:

«En los últimos tiempos, historias singulares y los chispazos de conflictos internos que atravesaron sus muros me impulsaron a realizar una amplia investigación sobre la asistencia psiquiátrica en nuestro país, con fines exclusivamente informativos y desde el punto de vista meramente humano. A tal efecto he visitado diecinueve manicomios peninsulares, cuyo recorrido ha sido para mí, un largo y penoso viaje alrededor de la locura y del que doy fiel testimonio es estos trabajos, que ofrezco al público profano en el presente volumen», (De Lera, 1972, 9).

Tras una breve introducción en la que explica la leyenda o no tanto, de la creación del primer manicomio del mundo por el padre Jofré, relata el invento de las gavias, suelo enrejado sobre un pavimento en declive que permitía la limpieza desde la distancia, las crueles técnicas terapéuticas con sangrías, purgas y enemas, medios mecánicos para contener a los enfermos, como jaulas, sillas y bombos rotatorios, inmersiones en agua helada y el uso sin control del bastón por parte de los loqueros. Describe como hasta el siglo XIX podríamos escribir “*un verdadero memorial de miles de folios sobre las atroces torturas sufridas por los locos a lo largo de la historia. [...] Con la salvedad de cuando los locos servían para entretener a los civilizados burgueses, como si de un espectáculo dantesco se tratase*”. (De Lera, 1972, 12).

Como decimos, De Lera, recoge el testimonio directo de la situación de 19 centros españoles, con descripciones de lo que observa en sus visitas, entrevistas a directores, trabajadores y enfermos, resultando un relato escalofriante por ilustrativo de lo que en cada institución va descubriendo. Un retrato terrible de la deshumanización, la humillación, y la miseria más atroz. También es interesante constatar la elocuencia, y a menudo

humildad, con la que los responsables justifican lo que ocurre, es común una interpretación culpabilizante e infantilizante del paciente y en perpetua espera de un inmediato adecentamiento de la institución que se tratase, o en otros casos, la puesta en marcha de un nuevo edificio que contaría con todas la comodidades.

Recordemos la importante inversión que en ese periodo se realizó en la construcción de nuevos manicomios, edificaciones monumentales, modernas y carísimas, a menudo diseñadas con criterios arquitectónicos que para nada tenían en cuenta la adecuación a los fines para los que se requerían. Observación de muchos de los antiguos directores que también plantean otras dificultades. La construcción de nuevas infraestructuras difícilmente mejoraría la asistencia si paralelamente no se aumentan los presupuestos, los sueldos, la plantilla, y se adecua la formación de los trabajadores... Basten dos comentarios de los entrevistados:

«Nada lo que digo yo. Este va a ser un hospital psiquiátrico para a americanos, habrá que hacer propaganda para que vengan aquí locos de Nueva York y de Detroit. [...] ¿Cree usted de verdad que vendrán aquí buenos psiquiatras con siete mil pesetas de sueldo al mes?», (De Lera, 1972, 73-74).

Durante la transición política, en un clima de creciente libertad de expresión y con una opinión pública mucho más activa y sensibilizada, las reacciones públicas y denuncias se multiplicaron. Las puertas de los manicomios se mantenían cerradas, incluso los familiares no podían acceder más allá de las salas de visita, por lo que la información de lo que puertas adentro ocurría solo puede ser difundida por los propios trabajadores, que con frecuencia proporcionaban informes a la prensa o firmaban escritos colectivos que difunden por los medios. Como señala González Duro (1987, 140): *“En algunas ocasiones, algún periodista ha podido introducirse subrepticamente en un manicomio, sacando del mismo informaciones realmente escandalosas”*.

Como ejemplo de estas maniobras tenemos la publicación en la revista *Interviú* de un reportaje sobre el Instituto Pere Mata de Reus, realizado por el periodista Dionisio Giménez Plaza en 1979, que consiguió introducirse en el centro fingiendo estar enfermo, este artículo se recoge en un recopilatorio de artículos de este autor titulado *“Fuera de programa”* publicado en 1985.

El reportaje denunciaba el subrepticio sistema represivo utilizado en nombre de la ciencia *“que todo lo justifica”*, describe como *“cualquier queja administrativa o clínica no se atiende, se interpreta, en aras de la terapia institucional”* y *“el principio de realidad”*. (Giménez Plaza, 1979, 77). Observa que la dinámica y estructura de la empresa generaban un temor que se distribuía jerárquicamente. Los enfermos temen a los cuidadores. Estos se sentían sometidos por las monjas, y los médicos se veían sojuzgados en el análisis contratransferencial que se realizaba en las sesiones de las llamadas *“cassettes”* (conversaciones grabadas y remitidas a Francia a Tosquelles el *“gran terapeuta”* que las interpreta), (Giménez Plaza, 1979, 71-106).

También mostraba la caricatura de participación democrática que era el Club Terapéutico de enfermos, donde estos se limitaban a escuchar los discursos de la presidenta (María Martí, una enferma funcionaria). Cualquier queja era interpretada como consecuencia de la patología asignada a quien la formulaba, con lo que nadie se animaba a quedar en entredicho. Giménez Plaza (1979) en esta publicación destapa el caso de Dolores Nicolás, enferma con crisis maníacas y manifestaciones obscenas que escandalizan a las monjas. La mujer murió de septicemia tras la administración de trementina como método de contención (producir un gran dolor en la pierna de modo que la persona queda incapacitada). Así muestra como la institución, muy prestigiada en este momento, no es más que un escaparate para un auténtico manicomio.

Siguiendo con ejemplos de información obtenida por periodistas, González Duro (1987, 173-174) explica cómo, la situación del manicomio privado “El Vergel” de Alicante sale a la luz en 1980, tras la incursión de varios reporteros de Diario 16 que “*entraron a escondidas y de madrugada en el centro, observaron que 82 personas, entre los que se encuentran muchos niños y enfermos con otros males al margen de los psíquicos, habitan aquel infierno de forma infrahumana y sin la mínima asistencia sanitaria*”.

Otro factor a considerar es la fuerza del movimiento sindical. Con frecuencia las reivindicaciones de tipo asistencial preceden a las laborales, pero ineludiblemente una lleva a la otra, las condiciones laborales, salarios, plantilla condicionan la infraestructura asistencial, el modelo de trabajo, la dignidad y dedicación que se podía ofrecer. Ya la OMS advertía 25 años atrás que los medios físicos de sujeción y el aislamiento no son admisibles en un buen hospital psiquiátrico,¹¹⁰ considerando tales prácticas en contradicción con los métodos humanos del tratamiento moderno. La necesidad de recurrir a ellas solo muestra que el personal es insuficiente en número o en calidad, o de que los medios puestos a su disposición no son los adecuados. Como señala Hernández Monsalve (2004, 590):

«Son momentos en que la enfermedad mental, la locura y sus mitos, los manicomios y sus puertas abiertas o cerradas, están en la calle y en la prensa, y forman parte de los debates intelectuales y de las conversaciones de los ciudadanos en general. Quizás fuera el momento de mayor sensibilidad social hacia la integración de los pacientes y la normalización de la asistencia psiquiátrica. La salud mental como objetivo individual y colectivo pasa a ser un valor en alza. Fueron momentos de cambios en profundidad en las actitudes y creencias de la población al respecto, una primera oleada de alivio frente a la tradicional exclusión y estigma que pesaba sobre la psiquiatría y los pacientes mentales, lo que permitió el desarrollo de actitudes positivas de la población frente a las propuestas comunitarias».

¹¹⁰ En 1953, el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS publica "The Community Mental Hospital", en el que figuran ciertas recomendaciones que deben cumplir los hospitales psiquiátricos. Entre ellas, se incluye el tener un ambiente apropiado para modificar las relaciones interpersonales entre el personal y los pacientes. Recomendó un número idóneo de camas - en torno a 300 - y que el hospital estuviera formado por pequeños edificios en los que los pacientes vivieran en grupos reducidos y que estuvieran ubicados cerca de una zona de servicios.

3.1.4 El papel de la Coordinadora Psiquiátrica y la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Los movimientos renovadores de los años 60, producen cambios en la sensibilidad social y profesional, de estas experiencias nacieron en el año 1971 la Coordinadora MIR y la Coordinadora Psiquiátrica. La Coordinadora Psiquiátrica se formó durante el XI Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, asociación creada en 1924 que tuvo un importante papel innovador en la asistencia previa a la Guerra Civil aunque, durante la dictadura su relevancia quedó relegada siguiendo los parámetros permitidos.

La tradición democrática de la asociación y la necesidad de tener un órgano participativo llevó a que muchos de estos jóvenes psiquiatras se afiliaran a ella en este periodo (1965-75). También y en gran medida por el apoyo recibido por su presidente y otros miembros de la asociación durante los conflictos de las Clínicas Psiquiátricas. Esto supuso una importante revitalización para la asociación, pero también importantes contradicciones.

Así fue como durante el mencionado Congreso que se realizaba en septiembre de 1971 en Málaga, se decidió establecer una secretaría nacional centralizada en las Clínicas Psiquiátricas y constituirse en Coordinadora. En aquellos momentos aglutinaba a casi dos centenares de médicos psiquiatras que mantenían contacto y reuniones periódicas. El contenido de las reuniones según González de Chávez (2003, 96):

«...era siempre prácticamente el mismo: Primero, informes de la situación de la asistencia psiquiátrica. En segundo lugar, el análisis de los «conflictos» o dinámicas de cambio y modernización que estábamos llevando a cabo. El tercer contenido obligado de todas estas reuniones nacionales era la Coordinadora misma, sus objetivos, su organización y sus formas de actuación. Otro de los temas recurrentes, aunque no habitual, de las reuniones de la Coordinadora era la Asociación Española de Neuropsiquiatría».

Fue un grupo política e ideológicamente heterogéneo, con valores comunes en torno a la democracia y la transformación de la asistencia psiquiátrica. En aquellos tiempos cualquier convocatoria se sentía como amenaza y era reprimida con cualquier excusa. Muchas de las asambleas fueron prohibidas por orden gubernativa, viendo además que el apoyo de la AEN quedaba en entredicho ante la incomparecencia del presidente y vicepresidentes a las mencionadas a asambleas.

Durante el XII Congreso de la Asociación de Neuropsiquiatría celebrado en 1973 en Valladolid se propone suspenderlo, para aprovechando el encuentro abordar los verdaderos problemas que resultaban acuciantes. Tras el desconcierto inicial se decidió seguir con el Congreso oficial pero permitiendo la realización de grupos de trabajo (llamados “paracongreso”), González de Chávez (2003) describe:

«Los grupos de trabajo estuvieron dedicados a: 1) El estudio de los conflictos psiquiátricos; 2) La Asociación Española de Neuropsiquiatría; 3) La problemática de los trabajadores de la salud mental; 4) Los derechos del enfermo mental, y 5) Las alternativas a la asistencia psiquiátrica. Estos debates evidenciaron el gran interés que suscitaban los temas asistenciales en la nueva generación de profesionales. De todos ellos se hizo un resumen y una discusión final en común, además de un escrito ciclostilado de varias páginas, que se difundió por todos los centros y hospitales donde había miembros de la Coordinadora», (González de Chávez, 2003, 99).

A partir de ahí se plantea la posibilidad de presentar una candidatura a la Junta directiva que rompiera con la dinámica inoperante de la Junta del momento (que seguía impidiendo la realización de asambleas al no presentarse en las convocatorias). Como ya vimos, la situación represiva y los conflictos se agudizaron en el último periodo del franquismo, destacando, en el verano de 1975, una huelga masiva de los MIR. Se saldó con un importante número de despidos, entre ellos residentes de hospitales psiquiátricos.

La actividad tuvo que ser enorme, en forma de apoyos, informes, encierros... pero no es hasta la muerte de Franco y la instauración de la democracia cuando la participación se hace pública en todos los ámbitos de la sociedad (partidos, sindicatos, plataformas ciudadanas...) y las iniciativas pueden tener efectos renovadores.

Con un panorama mucho más abierto se opta desde la Coordinadora proponer para el siguiente Congreso de la AEN en Sevilla (octubre de 1977), una ponencia sobre la transformación de la asistencia psiquiátrica en España, y presentar también una candidatura a la Junta Directiva. El resultado fue que tras la Asamblea los miembros de la coordinadora que se propusieron como nueva Junta, ganaron las elecciones. Otro avance importante fue la apertura de la asociación a la afiliación de otros profesionales de la salud mental (enfermería, psicología trabajo social...), (González Duro, 1987, 192-195).

Fruto del trabajo de aquella legislatura se presentó en el siguiente Congreso en Madrid (1980), la ponencia: *“La transformación de la asistencia psiquiátrica”*, que sería luego un libro de presentación y referencia para la Asociación y de punto de partida para la reforma psiquiátrica en nuestro país.

De este modo, tras seis años de intensa actividad, la coordinadora queda disuelta. A partir de entonces será la asociación quien tomará las riendas de la defensa de una moderna asistencia psiquiátrica, siendo sus principios: el compromiso con la sociedad, la independencia, la multidisciplinariedad, la defensa del modelo de atención público, comunitario y participativo, la formación, investigación, calidad y la ética.

Fueron miembros de la AEN con el modelo defendido por la asociación, quienes se encargaron de la elaboración del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, eje de las reformas que se llevarán a cabo en nuestro país a partir de este momento. Y como señala Fernández Liria y Diéguez Porres (1998, 3): *“Desde ese momento cualquier discusión sobre la reforma psiquiátrica ha pasado por la AEN, y sus*

directrices y algunos de sus líderes han tenido un peso considerable en la determinación del rumbo en el que se han orientado las transformaciones acaecidas en los últimos años”.

3.2 Diseño del modelo comunitario. Oficialización de la reforma

Antes de adentrarnos en lo que supuso el proceso reformista, creemos conveniente hacer, una descripción de la situación de partida. Con este objetivo seguiremos el informe presentado por la Secretaría permanente de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, durante las I Jornadas Internacionales sobre Planificación en salud mental, (Espino, Fraile, Mateo y Moriñigo, 1984).

Según este informe, la asistencia en el año 1978 en España presentaba una actividad básicamente de carácter benéfico-asistencial. La responsabilidad asistencial, seguía la normativa referida en la Ley de Bases de la Sanidad de 1944, la Ley de Bases del Régimen Local de 1945, y el texto refundido de la Ley de Régimen Local de 1955, que señalan la obligación exclusiva de las Diputaciones Provinciales de mantener instituciones para el internamiento psiquiátrico. En ellas se obligaba a las Diputaciones a disponer de hospital propio o establecer concierto con otros establecimientos públicos o privados para prestar dichos servicios, si se carecía de los mismos.

El internamiento psiquiátrico mantenía como marco legal el Decreto de 3 de julio de 1931, que regulaba la Asistencia a enfermos psíquicos. En él se establecían las modalidades de ingreso psiquiátrico, voluntario, involuntario, requisitos que deben concurrir y otras fórmulas que se deben seguir en casos de urgencia, destacando el valor de las indicaciones prescritas por instancias médicas, no médicas o familiares. Este Decreto dejaba en manos de los médicos y la familia del enfermo mental la capacidad para privarlo de su libertad. El loco, en este momento, es considerado como una persona enferma, pero bajo la concepción que identifica anomalía psíquica con peligrosidad, lo que conduce ineludiblemente al internamiento como único tratamiento. Todo esto a costa de su seguridad jurídica, al privarle de libertad sin control judicial.

Esta normativa respecto al internamiento forzoso planteará una clara incompatibilidad con el principio constitucional de que nadie puede ser privado de libertad sin una autorización judicial, por lo que fue una de las primeras cuestiones a tratar en el nuevo sistema político.

Por otro lado las Diputaciones obligadas por ley a prestar esta asistencia crearon una amplia red hospitalaria, grandes hospitales que suponían una enorme carga económica (a menudo más del 20% del presupuesto total de la Diputación). A pesar de ello, o precisamente por esto, manifiestan claras insuficiencias asistenciales.

Con el objetivo de centralizar y coordinar la asistencia psiquiátrica y las acciones de las redes paralelas se creó el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) organismo que fue sustituido en 1973 por la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). Estos organismos fueron concebidos como entes autónomos, con una misión unificadora, que además cubriesen las necesidades ambulatorias y preventivas, junto a la creación de centros hospitalarios de carácter específico, como psiquiátricos infantiles. Sus resultados organizativos fueron muy pobres, solo implantaron ocho centros de carácter nacional, (Espino, Fraile, Mateo, y Moriñigo, 1984), (García González y Espino Granado, 1998, 8-11).

Respecto al sistema de Seguridad Social del momento, los enfermos mentales beneficiarios de la misma tenían derecho a la acción protectora, según la Ley vigente,¹¹¹ tienen cubiertas las prestaciones médicas y farmacéuticas, y según el artículo 104, tenían derecho a recibir las prestaciones médicas en régimen ambulatorio de medicina general de todas las especialidades, y entre ellas Neuropsiquiatría. Lo que en realidad se traducía en consultas abarrotadas en los dispensarios de la seguridad social, atendidos por neuropsiquiatras de zona con una dedicación de dos horas. Los centros de la Seguridad Social no contemplaban las prestaciones en régimen de internamiento para la asistencia psiquiátrica, por lo que en ese momento apenas se habían creado recursos en este ámbito.

Excepto los escasos servicios orientados hacia la promoción de la Salud Mental creados desde algunos Ayuntamientos, la base de los recursos existentes para la asistencia en Salud Mental siguió siendo el Hospital Psiquiátrico. Y no podemos dejar de lado un dato significativo:

«De los pacientes internados en Hospitales Psiquiátricos sólo el 54,3 por 100 son psiquiátricos, el resto son oligofrénicos, epilépticos, demencias preseniles y seniles y alcohólicos con deterioro orgánico, que precisan de otro tipo de atención», (Espino, 1984, párrafo 29).

Así, la atención psiquiátrica en nuestro país a principios de la década de los 80 está constituida por redes diferentes, AISNA, INSALUD, Diputaciones y Municipios, redes descoordinadas y, como señala Fernández Liria (2005), con responsabilidades y competencias mal definidas:

«De modo que había cosas que eran atendidas en varios lugares diferentes y cosas que pasaban sencillamente desatendidas. Existía en ese momento una atención muy escasa y de muy baja calidad para los trastornos mentales menores – o mal llamados menores – y la atención para los trastornos graves era en ese momento altamente estigmatizante y estaba únicamente basada en los hospitales monográficos. Por reducirlo en una frase, podríamos decir que en ese momento la locura se reconocía como un problema real, pero no como un problema de salud, y los trastornos mentales menores, ni siquiera se reconocían como un problema», (Fernández Liria, 2005, 81).

¹¹¹ Ley General de la Seguridad Social. Texto Refundido. Decreto 30 de mayo de 1974

La estructura asistencial del momento queda reflejada en las siguientes tablas: ¹¹²

Tabla 4: Estructura asistencial hospitalaria 1982

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Total de camas sanitarias	Camas psiquiátricas	Hospitales psiquiátricos	% Nacional de camas	I = C/1000 habitantes	Habitantes
Andalucía	34718	5694	13	16.31	5.390	6440985
Aragón	8664	2260	6	4.07	7.274	1196952
Asturias	7035	1.191	4	3.31	6.228	1129.556
Baleares	4439	750	1	2.09	6.767	655909
Canarias	7864	1550	3	3.70	5.750	1367646
Cantabria	4278	751	2	2.01	8.337	513115
Castilla-León	17114	5001	9	8.03	6.625	2583137
Castilla-La Mancha	8192	1851	5	3.86	4.969	1648584
Cataluña	31921	7068	17	15.00	5.359	5956414
Extremadura	4862	1712	2	2.31	4.565	1064968
Galicia	12309	2088	12	5.78	4.377	2811912
Madrid	29535	4890	17	13.88	6.301	4686895
Murcia	4842	1040	2	2.28	5.067	955487
Navarra	4034	1221	3	1.90	7.925	509002
País Vasco	12906	2782	7	6.06	6.025	2141809
La Rioja	1989	680	1	0.93	7.819	254349
Valencia	16788	2603	5	7.89	4.603	3646778

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 1982

Tabla 5: Camas Psiquiátricas en España en 1982

DEPENDENCIA PATRIMONAL	Nº camas en H. Psiquiátrico	Nº de camas en H. General	Nº camas C. Públicos	Nº camas C. Privados
Diputaciones	24192	251	25433	-
Iglesia	9372	--	--	9372
C. Privados	4947	?	--	4947
A.I.S.N.	2636	30	2666	--
Beneficencia	539	?	--	539
Mº Justicia	350	-	350	--
Municipales	96	--	96	--
Mº Educación	--	249	249	--
INSALUD	--	74	74	--
Totales	43132	604	28878	14858

Fuente: Catálogo General de Hospitales, Guía de Centros de Salud Mental.

¹¹² Extraídas de: Espino A, Fraile JC, Mateo I, y Moriñigo A (1984). Informe presentado por la Secretaría permanente de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, durante las I Jornadas Internacionales sobre Planificación en salud mental, disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=174>

Tabla 6: Distribución de establecimientos y camas psiquiátricas, según entidad jurídica a la que pertenecen en 1982

ENTIDAD JURÍDICA	% Hospitales	% Camas
Administración Central	7,02	6,59
Administración Local	34,21	58,03
Beneficencia particular	3, 51	2,34
Iglesia	15,79	20,74
Particulares	39.47	12.31
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. INE 1983.

Del informe merece la pena recoger datos significativos:

- El conjunto de la red hospitalaria dispone de 43.000 camas, que supone un índice 1,38 por 1.000 habitantes.
- El 67 por 100 de los hospitales no dan los mínimos de calidad.
- Existe un alto índice de ocupación, y un bajo índice de rotación, de sólo un 20 %.
- La Administración Institucional de la Sanidad Nacional AISNA, dispone de 2.636 camas distribuidas en ocho hospitales psiquiátricos, cuatro de ellos infantiles.
- El INSALUD, dispone de 74 camas en Residencias propias y 249 concertadas con Hospitales Clínicos y 20 con AISNA. 30 instituciones tienen Unidades de Psiquiatría sin internamiento con funciones de interconsulta, urgencias y hospitalaria, así como consultas externas. Extrahospitalariamente dispone de 495 consultas de Neuropsiquiatría y diferentes Centros de Diagnóstico y Tratamiento, coordinados con Residencias Sanitarias.
- Las Administraciones Provinciales (Diputaciones), disponen de 25.375 camas, de las cuales sólo 251 se encuentran ubicadas en hospitales generales.
- La Administración Local, mantiene servicios de urgencia, en condiciones deficitarias y Centros de Salud Mental, Centros de Promoción de la Salud, Dispensarios de Alcoholismo... y tres pequeños hospitales municipales con 96 camas para internamiento.
- Las camas psiquiátricas penitenciarias y los servicios hospitalarios del Ministerio de Defensa para soldados y militares de carrera, cuentan con 350 camas.
- El sector privado dispone de 14.858 camas, en su gran mayoría concertadas con las Diputaciones.

- Los datos sobre profesionales que trabajan en la asistencia psiquiátrica son muy poco fiables, solo los procedentes del sector público merecen confianza: en los hospitales psiquiátricos trabajan 1254 facultativos (médicos y psicólogos), 202 enfermeras (ATS de entonces) y 168 trabajadores sociales. 495 neuropsiquiatras de zona y 538 psiquiatras y 197 psicólogos en consultas externas.

Es de destacar la situación de la psiquiatría infantil en este periodo. Contaba con cuatro hospitales psiquiátricos infantiles: En Ciudad Real, Navacerrada, Teruel y Zamora. Todos con más de 300 camas. La propuesta de quienes propiciaron su creación resultaba inicialmente bienintencionada, puesto que comportaban un elevado presupuesto y se les dotó de plantillas generosas, con psiquiatras, enfermeras tituladas/ATS, auxiliares psiquiátricos, psicólogos, Asistente Social, y un buen número de maestros y monitores de laborterapia. Dada su declarada faceta docente complementaria de la médica, se les llegó a denominar Institutos Medicopedagógicos. Incluso cuando posteriormente se les pasó a llamar Hospitales Psiquiátricos Infantiles, mantuvieron la consideración de Centros de Educación Especial reconocidos por el Ministerio de Educación.

La aprobación de la Constitución de 1978, supuso un cambio importante en la organización del Estado. Y en el tema que nos ocupa, la atención al enfermo mental, la nueva Constitución y el desarrollo legislativo que de ella se derivó permitió una modificación completa del modelo asistencial y de este modo hacer realidad la reforma psiquiátrica.

La Constitución del 78 reconoce el derecho a la protección en materia de salud de todos los ciudadanos en los artículos 41, 43 y 49 de la norma:

- «Artículo 41: los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo.
- Artículo 43: reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
- Artículo 49: Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.» (Constitución Española, 1978)

Las instituciones sociales tuvieron que reorganizar todo el sistema sanitario siguiendo estos principios constitucionales. Reorganización que supuso una revolución para todo el sistema sanitario, que pasó a ser un bien público, integral y coordinado. Pero, lo será en especial en materia de salud mental, al reconocer por primera vez el pleno derecho de la asistencia psiquiátrica de todos los ciudadanos.

El artículo 149.1.16 de la Constitución, establece los principios y criterios que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado, aunque su desarrollo corresponderá a las CCAA. El título VIII otorga a las Comunidades Autónomas amplias competencias en materia de Sanidad, prevé poner en funcionamiento los procesos de transferencias de servicios, y entre ellos un dispositivo sanitario suficiente como para atender las necesidades sanitarias de la población residente en sus respectivas jurisdicciones.

De este modo serán los Estatutos de Autonomía mediante las transferencias de los servicios, los que irán concretando y articulando los servicios para la creación de una única red de acuerdo al nuevo modelo asistencial y administrativo de la salud mental, mientras, el Estado se reserva la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad, en función del nuevo diseño de organización territorial del Estado.

Partiendo de las condiciones que facilita e impone la norma constitucional, podemos avanzar en uno de los propósitos fundamentales de este trabajo: intentar un relato coherente del desarrollo de la reforma en nuestro país. Para ello es clave considerar las bases sobre las que se cimentaron las transformaciones:

1. La legislación desarrollada a tal propósito.
2. La reconversión de los antiguos hospitales psiquiátricos y proceso de desinstitutionalización.
3. Conceptualización del modelo asistencial.
4. La creación de nuevos dispositivos asistenciales.
5. Los profesionales y el equipo asistencial.

3.2.1 Desarrollo legislativo

Es en 1978 cuando se aprueba la Constitución, norma básica por la que deberá regirse toda la organización del Estado. Como hemos visto, en ella se busca garantizar los derechos civiles de todos los ciudadanos, incluidos los enfermos mentales (tradicionalmente marginados). Pero el primer gobierno democrático (UCD) que gobernó hasta 1982, no hizo nada al respecto. Será a partir de 1982, con el acceso al gobierno del partido socialista, cuando realmente toma impulso la reforma.

Las primeras medidas son disposiciones legislativas que fueron configurando el nuevo marco político y administrativo de la atención a la salud mental. Siguiendo a García González (1998, 12-15), las disposiciones más importantes para que el despegue de la reforma fuese efectivo fueron: a) La Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos. b) La Reforma del Código civil en materia de tutela, Ley 13/1983 de reforma del Código Civil. c) El Real Decreto de 1984 sobre Estructuras básicas de salud. d) El Informe de la Comisión Ministerial para Reforma Psiquiátrica. e)

Ley General de Sanidad de 1986 de 25 de abril. f) La creación de una Comisión para el seguimiento de la reforma psiquiátrica en 1987. Y g) El Informe del Ministerio sobre la problemática jurídico-asistencial del enfermo mental, en 1988.

Nos detendremos en las implicaciones de cada una de estas disposiciones y otras más recientes, todas ellas consideradas básicas para el desarrollo de la Reforma:

La Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), supone la sustitución del sistema de beneficencia por un verdadero sistema de servicios sociales, recogiendo un gran paquete de medidas para la atención a las minusvalías.

Esta norma establece actuaciones para la prevención de las minusvalías y para su diagnóstico y valoración, así como un sistema de prestaciones sociales y económicas, previsiones para la rehabilitación médico-funcional, orientación y tratamiento psicológico, educación y recuperación laboral. Asimismo fija pautas generales para la integración laboral de los minusválidos y la asistencia social a los mismos.

Su contenido fue desarrollado por disposiciones reglamentarias posteriores, como el Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, que regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de trabajadores minusválidos; el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, que establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la LISMI; la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad; y la Ley 53/2003, sobre empleo público de discapacitados.

La Ley 13/1983 de Reforma del Código Civil, incluye un apartado denominado “*De la tutela, de la curatela y de la guarda y custodia de los menores y de los incapaces*” norma fundamental para regular los derechos de los enfermos mentales. Lo fundamental de esta Ley es que en su artículo 2.2 del capítulo V, deroga el antiguo Decreto de 3 de julio de 1931 sobre asistencia a los enfermos psíquicos. Esta reforma supone una nueva regulación de las normas de incapacidad y tutela que estipula la intervención judicial en los internamientos. A partir de la nueva ley, lo concerniente al tratamiento e internamiento de los pacientes con trastorno mental ha de basarse en lo que con carácter general se disponga para los usuarios de los servicios sanitarios, al tiempo que toda actuación contra su voluntad deberá ser tutelada por la autoridad judicial.

Una característica novedosa de esta norma es que se incluye como un apartado más del Código Civil. Esto contribuye a normalizar la situación de los enfermos mentales, y por otro lado elimina la connotación de peligrosidad que la antigua norma mantenía (en muchos países de nuestro entorno el internamiento psiquiátrico se rige por una legislación específica).

En la actualidad el internamiento involuntario está regulado por la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil en su Artículo 763 de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Ley que protege y da instrucciones precisas para un “*internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela*”, requiriendo siempre autorización judicial. “*La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. [...] En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente*”.¹¹³

En octubre del 2004 se presentó en el Congreso de los Diputados a petición de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), una propuesta de modificación del mencionado artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, su objetivo era regular los tratamientos ambulatorios no voluntario de las personas con trastornos psíquicos, y permitir así la posibilidad de obligar legalmente a un determinado tipo de pacientes a recibir tratamiento ambulatoriamente. Propuesta polémica con defensores y detractores y que a día de hoy sigue sin resolverse:

«La Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Legal se han manifestado a favor del cambio legislativo, pues consideran que es una forma de conseguir el cumplimiento terapéutico y la consiguiente mejoría clínica del paciente. Por el contrario, la Asociación Española de Neuropsiquiatría se ha manifestado en contra, dando mayor peso a los potenciales inconvenientes», (Cañete et al. 2012, 27).

Otro proyecto polémico y en la línea del retroceso que se va observando en los nuevos tiempos es la tramitación de la modificación del Código Penal, proceso realizado a lo largo del 2014. En un artículo publicado en la Revista de la Asociación, varios profesionales pertenecientes a la psiquiatría, psicología y magistratura: Roig Salas A, Moreno A, Díez Fernández ME, Hernández Monsalve M, Leal Rubio J, Santos Urbaneja F. (2014), elaboran un profundo análisis acerca de la trascendencia del cambio legislativo propuesto en el borrador: “*En él aparecen importantes matices de retroceso en garantías de derechos ciudadanos, principalmente en lo que respecta a la recuperación de la asociación entre enfermedad mental y peligrosidad y la recuperación de políticas que*

¹¹³ Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763.

priman los aspectos de vigilancia y control frente a políticas de rehabilitación y reinserción que apoya el Código Penal vigente)".¹¹⁴

Finalmente y con el esfuerzo de la AEN y de otras instituciones y colectivos afectados, el 21 de Enero de 2015, *"fue aprobada por el Congreso de los Diputados la reforma del Código Penal, que entrará en vigor una vez sea aprobada por el Senado. Del nuevo código penal se han retirado las medidas de Seguridad propuestas en el borrador, medidas de carácter indefinido que pretendían ser aplicadas a personas con trastornos mentales que hubieran cometido un delito"*, explicando así su objetivo:

«El proyecto de Ley en lo referido a este tema era una aberración, se basaba en falsas creencias y contribuía al estigma al considerarlas peligrosas. De haber sido aprobado sin la supresión de lo referido a las medidas de seguridad la persona podría continuar encerrada aun habiendo cumplido la medida, con la justificación de que pudiese cometer algún tipo de hecho delictivo». (AEN, 2015)¹¹⁵

En otro orden de cosas, en el ámbito internacional, un hecho importante fue la celebración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978. En ella se expresó la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de Atención Primaria de salud para todos los individuos en el mundo.

Como hemos visto antes, esta conferencia sentó las bases de un nuevo concepto de atención y una nueva línea de política sanitaria. La síntesis de sus intenciones se expresa en la *Declaración de Alma-Ata*,¹¹⁶ informe que reorienta el desarrollo de los sistemas sanitarios, potencia el nivel primario y lo convierte en puerta de entrada a todo el sistema sanitario. Su lema fue "Salud para Todos en el año 2000".

El modelo sanitario propuesto presenta las características de ser accesible a toda la población distribuyéndose con equidad por todo el territorio, racionalizando las intervenciones en niveles de atención, primaria, especializada, urgencias, crónicos... Así, lo referente al abordaje de los problemas psiquiátricos, junto a los aspectos psicosociales, pasan a ser competencia de los servicios sanitarios de primer nivel.

¹¹⁴ Roig Salas A. Moreno A. Diez Fernández ME. Hernández Monsalve M. Leal Rubio J. Santos Urbaneja F. (2014). Comentario sobre el proyecto de modificación del código penal en relación a las medidas de seguridad. Grupo de "ética y legislación" Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2014, Vol.34 , nº 121), p. 149-172

¹¹⁵ Página de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Disponible en: <http://aen.es/blog/2015/02/13/desaparecen-del-proyecto-de-reforma-del-codigo-penal-las-medidas-de-seguridad-para-las-personas-con-trastorno-mental/>

¹¹⁶ Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma –Ata URRS 1978. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Siguiendo sus principios, los dispositivos específicos de salud mental tendrán que convertirse en elementos de apoyo a la intervención de los equipos de Atención Primaria. El núcleo del sistema se ubicó en el ámbito comunitario y está integrado por un equipo interdisciplinar. Y aunque esta propuesta para la construcción de un nuevo sistema de salud no es vinculante para los estados miembros, generó un importante movimiento de difusión y un compromiso para su implantación.

El impulso para la implementación del modelo de Atención Primaria en nuestro país se concreta con la publicación del Real Decreto de 1984 sobre Estructuras básicas de salud. Decreto que ordena la atención sanitaria en su primer nivel, la Atención Primaria, estableciendo las zonas básicas de salud, definiendo el equipo de atención, los centros de salud etc... Parte de una concepción comprensiva de los servicios sanitarios que integra actividades preventivas, asistenciales y rehabilitadoras, al tiempo que define las estructuras básicas del sistema sanitario junto con los criterios de coordinación entre sus diferentes niveles. Sus principios son siete:

1. Atención primaria es la puerta de entrada del sistema y filtro hacia la atención especializada.
2. Estará capacitada para resolver más problemas de salud sin recurrir al nivel especializado.
3. Establece un sistema de articulación y coordinación con los servicios especializados.
4. Incorpora un modelo de atención integral de la salud.
5. Favorece la accesibilidad y equidad en la atención sanitaria
6. Promueve la realización de programas básicos dirigidos a la población de riesgo, contemplando la educación para la salud.
7. Fomenta en el usuario la cultura de participación y autorresponsabilidad.

A nivel organizativo también supuso una importante transformación, son cinco sus principios:

1. Ordenación del territorio en zonas de salud
2. Dedicación completa de los profesionales.
3. Instauración del trabajo en equipo.
4. Integración de la asistencia (asistencial, de urgencia y de promoción y prevención) en la actividad sanitaria de los profesionales.
5. Se añaden funciones de carácter formativo, docente e investigadoras junto a amplias funciones de administración y gestión sanitarias.

Este Real Decreto establecerá el marco para que las CCAA creen sus mapas sanitarios y organicen territorialmente la asistencia, con un carácter comunitario, integral y territorializado, quedando así definido el primer nivel de asistencia sanitaria, incluyendo la atención psiquiátrica. Por tanto, su implantación resultó paralela al desarrollo de la Atención Primaria de Salud Mental.

En el verano de 1983, el Ministerio de Sanidad y Consumo creó una Comisión de Expertos para la Reforma Psiquiátrica, con el cometido de “realizar los estudios necesarios para proponer los principios básicos que han de configurar la asistencia psiquiátrica de los españoles en sus modalidades preventiva, curativa y rehabilitadora”, (García González y Espino Granado, 1998, 12).

Fruto de este trabajo en abril de 1985 se publicó el Informe de la Comisión Ministerial para Reforma Psiquiátrica. Informe en el que se establecen las recomendaciones necesarias para un cambio en profundidad del modelo de asistencia, subrayando la necesidad de integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema general de protección de la salud.¹¹⁷ Así como en otros países (Francia, Italia...), la reforma psiquiátrica está basada en la obligatoriedad de una ley, en nuestro país nunca se ha realizado un plan nacional que fuese de obligado cumplimiento por las diferentes comunidades y organismos implicados. Conviene recordar que este informe va a significar el único punto de referencia para la articulación de la asistencia psiquiátrica a nivel nacional.

Aunque su valor es meramente consultivo y orientativo, su filosofía se recogerá en parte en la ley General de Sanidad. En los apartados I y II del Informe se delimitan las responsabilidades de las Administraciones Públicas en la atención y la protección de la salud mental y se propone el establecimiento de un modelo integrado de servicios, a partir de los cuales se asiste a una nueva ordenación y estructuración de los recursos. Los puntos básicos de referencia se reflejan en el siguiente cuadro:

¹¹⁷ Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ops_c_est15.pdf.pdf

Cuadro 1: Puntos básicos del Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica

- Procurar que la atención en salud mental sea considerada en el mismo rango que otras especialidades, incluyéndola en la asistencia sanitaria general, en la que el enfermo mental fuera un paciente más del sistema asistencial global.
- Basar la atención en salud mental en la Atención Primaria de salud como primer eslabón básico, potenciando las acciones protectoras de la salud mental dentro del entorno social propio de la población en riesgo. La atención especializada se situaría en segundo término asesorando al equipo básico, realizando seguimientos de pacientes y formando profesionales.
- Procurar la recuperación y reinserción en la medida de lo posible de los enfermos; garantizar sus derechos civiles; desarrollar programas de rehabilitación activos.
- Reducir la hospitalización psiquiátrica a lo imprescindible y hacerlo en unidades de agudos de hospitales generales; reconvertir y superar el hospital psiquiátrico (reducir camas, externar pacientes con programas de rehabilitación y reinserción social, reciclar sus profesionales...).
- Se introduce la definición de programas como marco de actuación para diferentes situaciones en salud mental, incluyendo programas de prevención. Los cuatro programas prioritarios y de carácter permanente se centran en la atención a la infancia, geriatría, drogodependencias y psiquiatría penal.
- Procurar el seguimiento de los enfermos de cierta cronicidad en su entorno socio-familiar con residencias apropiadas y programas rehabilitadores...
- Correspondencia entre ordenación territorial de los servicios y la sanitaria general, asignando a cada área los servicios sociales complementarios de referencia.
- Organizar un plan coordinado para la integración y mejor aprovechamiento de los recursos existentes hasta la fecha.
- Participación e implicación de las Comunidades Autónomas.
- Jerarquización de los neuropsiquiatras de los ambulatorios de la Seguridad Social.
- Ampliar el número de unidades de atención psiquiátrica en hospitales generales, cuyas salas de hospitalización deberían oscilar entre 15 y 55 camas.
- Homologar a los profesionales provenientes de las distintas administraciones e introducir otras profesiones en los equipos de atención psiquiátrica y de salud mental, haciéndolos interdisciplinarios.
- Establecer planes de transformación de los hospitales psiquiátricos, derivando hacia la actividad extrahospitalaria el personal asistencial que pudiera quedar liberado.
- Modificar los programas de formación postgraduada de los médicos de familia y de Atención Primaria, de los especialistas en psiquiatría y en enfermería psiquiátrica, así como la creación de un programa de formación postgraduada de Psicología Clínica

Fuente: Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica 1985.

El informe reclamaba asimismo la creación de un sistema de registro e información sanitaria operativo y fiable. Unos recursos humanos adecuados, capacitados y bien aprovechados, unas normas generales de acreditación de unidades y centros, con control de cumplimiento mediante las medidas administrativas correspondientes. Un buen desarrollo del campo de la investigación aplicada en salud mental y atención psiquiátrica para dinamizar la transformación de la misma.

Como factor importante para que estas recomendaciones no quedasen solamente en eso, el Ministerio, basándose en uno de sus más importantes principios, incluyó en sus presupuestos una partida finalista para la puesta en marcha de la reforma. A partir de entonces, se impulsó la firma de Convenios con las CCAA para coordinar recursos y promover actuaciones conjuntas en esta materia. Igualmente se inició un Programa de creación y aportación de recursos para la atención a la salud mental desde el INSALUD.

La *Ley General de Sanidad* de 1986 de 25 de abril. Es la norma principal del ordenamiento sanitario español, vino a organizar la nueva configuración del Sistema Sanitario, en su preámbulo se define como: “*el conjunto de normas con las que la comunidad se dota en aras a alcanzar las mayores cotas de salud de los ciudadanos y de su calidad de vida*”. Es decir, regulará toda acción que permita hacer efectivo el derecho a la salud reconocido en los artículos 41 y 43 de la Constitución. Esta ley tan importante a nivel general, en el ámbito de la Salud Mental supone un hito trascendente, en la medida que por primera vez en nuestro país se reconocen los derechos de los enfermos mentales a una asistencia sanitaria en igualdad de condiciones. Así incluye un capítulo, el III, un solo artículo el 20, dedicado a la salud mental. Su texto literal es:

«Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

-La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

-Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

-La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

-Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

-Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general».¹¹⁸

Como vemos, se establecen cuatro puntos sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y por lo tanto, de la total equiparación de la atención a la salud mental a los demás procesos sanitarios:

«La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales de nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Con especial consideración a los problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

La hospitalización de los pacientes, por procesos que así lo requieran, se realizará en unidades psiquiátricas de hospitales generales.

¹¹⁸ Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. Artículo 20.

Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general», (Blanquet Baldellou, 2008,8).

Siguiendo a Espino (2006) podemos decir que a partir de la aprobación de la Ley general de Sanidad termina una primera fase, y empieza otra con protagonismo creciente de las comunidades autónomas, que serán las que deberán implementar los servicios siguiendo los principios marcados por la Ley, (Espino, 2006, 43). En 1987 se crea una *Comisión para el seguimiento de la reforma psiquiátrica*, como ponencia de trabajo estable dentro del Consejo Interterritorial. Constituida por representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las distintas Comunidades Autónomas, (García González y Espino Granada, 1998, 14).

En 1988 el Ministerio publica un *Informe sobre la problemática jurídico-asistencial del enfermo mental*. Documento elaborado en el marco del Consejo interterritorial del Sistema nacional de Salud por un Comité de estudios de carácter interdepartamental, con representantes del Ministerio de Sanidad, Justicia, Defensa, el Consejo del Poder Judicial y la propia Comisión de seguimiento. Su misión es aunar criterios para el cumplimiento de la normativa que regula los derechos de las personas ingresadas en las unidades psiquiátricas, los tratamientos y hospitalización de los enfermos mentales cuando no son de manera voluntaria, también pretende asegurar una correcta atención sanitaria y psiquiátrica de los enfermos mentales sometidos a procesos penales, (García González y Espino Granada, 1998, 13).

El Real Decreto 63/1995 sobre *Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud*,¹¹⁹ fue un primer intento del Estado por ordenar y catalogar sus prestaciones. Definió los derechos de los usuarios y usuarias del sistema sanitario a la protección de la salud al regular, de forma genérica, las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario público. Establece una ordenación de los niveles asistenciales, Atención Primaria y Especializada, situando la atención psiquiátrica en el nivel especializado, el mecanismo de acceso de un nivel a otro. Incluye con carácter genérico “*la asistencia ambulatoria especializada en hospital de día, para aquellos pacientes que precisen cuidados especializados continuados, médicos o de enfermería. Incluye la rehabilitación como tarea tanto de primaria como de especializada, la necesidad del consentimiento informado, el informe de alta o de consulta. Excluye explícitamente de las prestaciones en salud mental el psicoanálisis y la hipnosis*”, (RD sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, 1995, 4542).

¹¹⁹ Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE» núm. 35, de 10 de febrero de 1995, pp. 4538-4543

Las prestaciones de la atención especializada en salud mental y atención psiquiátrica incluyen: el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacología, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y en su caso la hospitalización “*para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos que así lo requieran*”, (RD 63/95 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, 1995, 4542). En un aspecto que atañe en especial a los problemas que confluyen en la atención a los enfermos mentales, es explícito al plantear, en su Disposición Adicional Cuarta (única no derogada), que “*la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud, tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales*”, (RD 63/95 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, 1995, 4540).

Este Real Decreto 63/95, supone un gran avance en la concreción de las prestaciones en salud mental del Sistema Nacional de Salud, hasta este momento muy indefinidas, al tiempo que sitúa este tipo de asistencia en condiciones de igualdad con el resto de actividades sanitarias, (García González y Espino Granada, 1998, 14). Posteriormente se promulgó la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de *Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*.¹²⁰ Ley que, tras culminarse el proceso de descentralización sanitario, establece el marco legal de las acciones de coordinación y cooperación entre las diferentes administraciones, con el fin de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de la Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

En materia de atención a la enfermedad mental y en concreto en relación con la problemática específica de los pacientes con necesidades crónicas de su salud mental. El Art. 14 de esta ley se refiere a esta prestación como: “*el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social*”. En el ámbito sanitario comprendería “*los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable*”¹²¹. Así pues, una gran parte de los elementos de discapacidad y minusvalía ligados a la enfermedad mental quedan en principio al margen de la atención sanitaria.

¹²⁰ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº. 128 29 mayo 2003.

¹²¹ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, p. 15

Complementando esta ley se promulgó el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece *la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*,¹²² cuyos objetivos son “establecer una cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario” y “fijar las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud”, (RD, 1030/2006, 2-3). Según este Real Decreto la financiación de las prestaciones corre a cargo de las Comunidades Autónomas y los servicios para la salud mental se distribuyen en diferentes apartados: (a) Salud pública, (b) A. Primaria, y (c) A. Especializada,

(a) La Salud Pública, según la norma se deberá ocupar de prestaciones con relevancia para la Salud Mental, como la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, (RD, 1030/2006, 10).

(b) La Atención Primaria debe ofrecer, una serie de prestaciones, vinculadas a la Salud Mental, como la “atención sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo”, o la “indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos”. El Real Decreto recoge explícitamente las prestaciones en Salud Mental que se incluyen Atención Primaria:

«Prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.

Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos. (Según el Real Decreto, estas patologías sólo se derivarán a Salud Mental si queda superada la capacidad de resolución del nivel de Atención Primaria).

Detección de adicciones, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudización de trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.

Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.

Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado», (RD, 1030/2006, Anexo II, 13).

La Atención Especializada, según la norma se compone de equipos interdisciplinarios y “garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel”. Se establece que siempre que las condiciones del paciente lo permitan, se llevará a cabo en consultas externas y en hospital de día, (RD, 1030/2006, Anexo III, 20).

¹²² Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, sábado 16 septiembre 2006

La cartera de servicios de la Atención a la Salud Mental sigue lo ya dispuesto en el RD 63/1995 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud completándolo y desarrollándolo. Comprende: “*el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización*”, insistiéndose en la necesidad de que se garantice la “*necesaria continuidad asistencial*”. Los servicios incluidos son:

«Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.

Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.

Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal», (RD, 1030/2006, anexo III, 7, 32).

Queda así definida la oferta de servicios que el Sistema Nacional de Salud y los Servicios Sanitarios de cada una de las CCAA, debe disponer para una atención integral a la enfermedad mental.

Otra pieza importante en la legislación es la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia,¹²³ aprobada en el Congreso de los Diputados el 30 de noviembre de 2006. Reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España, “*el de las personas que no se pueden valer por sí mismas, a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones*”, y se inspira en los siguientes principios: el carácter universal y público de las prestaciones, el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y la participación de todas las Administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias.

¹²³ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 viernes 15 diciembre 2006.

El cuadro siguiente recoge otras normas de interés para organizar la salud mental.¹²⁴

Cuadro 2: Legislación en Salud Mental

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.¹²⁵
- Ley Orgánica 10/1995 de Reforma del Código Penal, en el que se revisan las condiciones de inimputabilidad y se regulan las condiciones de tratamiento alternativo al cumplimiento de la pena, no superando en ningún caso la obligatoriedad de realizar un tratamiento el tiempo de pena recogido para el delito cometido.¹²⁶
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.¹²⁷
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.¹²⁸
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.¹²⁹
- Corrección de error de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.¹³⁰
- Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los anexos del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.¹³¹
- Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitario dando nueva redacción al artículo 77.1 de la Ley 29/2006, Regula la prescripción enfermera.¹³²

En el aspecto profesional y de regulación de la formación y competencias las leyes fundamentales se recogen en el siguiente cuadro:

¹²⁴ Todas ellas desarrolladas y disponibles en página web Junta de Andalucía Información jurídica: <http://www.1decada4.es/profmedios/informacion/>

¹²⁵ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

¹²⁶ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

¹²⁷ Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

¹²⁸ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

¹²⁹ Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

¹³⁰ Corrección de error de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE N° 100, de 25/4/2008).

¹³¹ Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los anexos del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

¹³² Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Cuadro 3 Legislación reguladora de la especialización

- Real Decreto 127/1984, de 11 de Enero en el que se regula la formación especializada y la vía para la obtención del título de especialista.¹³³
- Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio, por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista.¹³⁴
- Orden de 22 de Junio de 1995 por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas.¹³⁵
- Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.¹³⁶
- Orden de 24 de Junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de enfermero especialista en salud mental.¹³⁷
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.¹³⁸
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.¹³⁹
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.¹⁴⁰

A partir de la legislación nacional las CCAA fueron desarrollando su propia normativa, los aspectos más importantes que son responsabilidad de las CCAA son recogidos por García González y Espino Granado (1998, 14): (a) Los Decretos de zonificación y constitución de los mapas sanitarios. (b) La creación de Comités Técnicos para la reforma psiquiátrica. (c) Planes y programas generales de Salud Mental. (d) Convenios de colaboración de diferentes administraciones en materia de salud mental. (e) Estableci-

¹³³ Real Decreto 127/1984, de 11 de Enero en el que se regula la formación especializada y la vía para la obtención del título de especialista.

¹³⁴ Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio, por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista

¹³⁵ Orden de 22 de Junio de 1995 por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas.

¹³⁶ Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

¹³⁷ Orden de 24 de Junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de enfermero especialista en salud mental.

¹³⁸ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

¹³⁹ Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

¹⁴⁰ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

miento de estructuras directivas para la planificación y gestión de los servicios de salud mental. (f) La regulación de la formación postgraduada. (g) Recalificación administrativa de los antiguos establecimientos. (h) La creación de nuevos dispositivos para la salud mental. Y (g) los Decretos de transferencias de los servicios y de los trabajadores.

Las referencias relevantes en el ámbito internacional en la orientación de las políticas de salud mental, incluyen la “*Declaración de Luxor*” en relación con los derechos humanos y la salud mental, del año 1989, Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991, de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU), por la que se establecen los Principios para la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención a la salud mental o el Libro Blanco de la Unión Europea sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen un trastorno mental.

Entre el 12 y el 15 de enero de 2005 se celebró en Helsinki la Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental. Los asistentes aprobaron una “*Declaración Europea de Salud Mental*”,¹⁴¹ que establece prioridades, acciones y compromisos para la integración de la prevención, asistencia y rehabilitación psiquiátricas en la Salud General.

Otro documento de interés es el “*Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*”, (Bruselas 2005),¹⁴² que propone establecer un marco de intercambio y cooperación entre los estados miembros, conseguir una mayor coherencia de las acciones emprendidas en las políticas sanitarias de los Estados de la Unión y permitir la participación de todas las partes implicadas en la búsqueda de soluciones.

Y el último e importante documento es el “*Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar*” (2008) con una clara declaración de principios:¹⁴³

«La salud mental se debe contemplar como un derecho humano que haga posible que los ciudadanos disfruten de bienestar, calidad de vida y salud.

La promoción de una buena salud mental y de un buen estilo de vida facilita en gran medida mucho la acción preventiva.

Es necesario desarrollar políticas de apoyo a aquellas personas con problemas de salud mental y a sus familias».

¹⁴¹ Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental (Helsinki, 12-15 Enero 2005).

https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

¹⁴² Libro Verde Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 14.10.2005. Disponible en:

http://www.cgcom.es/sites/default/files/176_libro_verde_salud_mental.pdf

¹⁴³ Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar. Conferencia de alto nivel de la UE. juntos por la salud mental y el bienestar. Bruselas, 12-13 junio 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

Por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo y siguiendo el Plan de Acción europeo se elaboró la “*Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*” (2007).¹⁴⁴ Después del Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, sirve de referencia para todos los aspectos relacionados con la atención a la salud mental en nuestro país.

En sus propias palabras: “*La Estrategia constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales*”, (Ministerio de Sanidad y Consumo 2007, 14). Los aspectos que trata fundamentalmente son:

- La promoción de la salud mental, especialmente en las etapas críticas de la vida.
- La erradicación del estigma y la discriminación.
- La prevención de la enfermedad mental y del suicidio.
- La mejora de la atención a la salud mental en Atención Primaria.
- Una atención comunitaria efectiva.
- El establecimiento de relaciones con otros sectores.
- La mejora de la formación de los profesionales.
- La instauración de un sistema de información adecuado y la generación de conocimiento.

Este documento es revisado y evaluado y publicadas sus conclusiones como “*Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-2013*”.¹⁴⁵

Una vez visto, aunque de forma bastante sucinta, el marco normativo que regula la atención a la salud mental, el paso siguiente será analizar y revisar la planificación, asistencia y formación de los profesionales de la salud mental.

¹⁴⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo, (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

¹⁴⁵ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, (2011). *Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Disponible en <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

3.2.2 Desinstitucionalización y reconversión de los antiguos hospitales psiquiátricos

Con frecuencia hablar de Reforma psiquiátrica se considera equivalente a hablar de desinstitucionalización. Ambos conceptos están muy relacionados. En el caso Español uno no puede darse sin el otro ya que como se ha visto, la asistencia psiquiátrica secularmente ha estado unida a internamiento.

Según López Álvarez (1998,29), podemos decir que: “*Reforma Psiquiátrica es una toma de posición ideológica y técnica con el objetivo de racionalizar, modernizar y humanizar la asistencia de los enfermos mentales*”. Postura que parte de una crítica a la conceptualización tradicional de la enfermedad mental y del modo de enfrentarse a ella. Es un intento de superar el manicomio como modelo socialmente admitido de asistencia psiquiátrica, o dicho de otro modo la búsqueda de alternativas a una organización asistencial basada en el manicomio, (López Álvarez, 1998, 30-31).

Este epígrafe va dirigido a valorar desde los aspectos teóricos la primera fase de la reforma: el proceso de desinstitucionalización. Su análisis nos remite a la idea de dismantelamiento del manicomio como institución y la consiguiente externalización de los pacientes allí internados. Pero la realidad institucional es compleja y por ello conviene tener en cuenta las características de la institución psiquiátrica y cómo éstas van a condicionar su transformación.

La institución psiquiátrica no es sólo ese lugar donde se instalan determinadas personas con unas condiciones de vida y convivencia. Nos remite al lugar de residencia de un grupo de personas donde aislados de la sociedad, comparten todo su tiempo, sus rutinas, la vida entera. Es un lugar donde se suplen todas las necesidades de los internos, con una reglamentación rígida y un control férreo del comportamiento. La forma natural de funcionamiento es estereotipada, burocrática, siempre se siguen pautas predeterminadas, y si algún acontecimiento se sale de la norma se fuerza para que encaje según el molde conocido, (García González y Espino Granada, 1998, 64-66).

La institucionalización cumple una función social de control del orden, protección y cuidados de los discapacitados, al tiempo que pretende dar una respuesta a un problema (la enfermedad mental), de modo que refleja un modo de conceptualizar la enfermedad y así justificar la necesidad de esta reclusión.

La institución manicomial, como respuesta social a personas diferentes, incluyendo a locos, vagabundos, delincuentes y pobres, encuentra en la psiquiatría un instrumento de gestión que establece categorías clínicas y explicaciones atribuibles a la enfermedad, diagnóstica, encasilla y recluye. Y aquí es donde encuentra su propia contradicción, al dotarse de un marco de tratamiento que lejos de ser terapéutico, sus efectos son el empobrecimiento psíquico y la pérdida de identidad de las personas internadas. Es lo que Barton en 1974 denominó “neurosis institucional”, que implica un proceso de apatía,

pérdida de la individualidad y resignación que ineludiblemente conduce a la cronicidad, (García González y Espino Granado, 1998, 67).

Esta cronicidad no se da solo en los pacientes, los profesionales que se ocupan de la atención en estas condiciones también se cronifican, hacen rígidas sus respuestas asistenciales. La tradición y lo que se ha hecho siempre se impone ante cualquier criterio de cambio. Cristalizan los roles y la dinámica institucional es de sumisión y falta de iniciativa. Estos factores hacen que el proceso desinstitucionalizador sea sumamente complejo, no puede ser una mera externalización. Como recuerdan López et al. (2006):

«Desinstitucionalizar significa al menos tres cosas distintas: deshospitalizar (es decir encontrar ubicaciones alternativas para los residentes), generar estructuras comunitarias (es decir sustituir los Hospitales Psiquiátricos por redes complejas de servicios) y superar la dependencia institucional de personas concretas (es decir, ayudarles a vivir como ciudadanos de pleno derecho)», (López, Laviana y García-Cubillana, 2006, 254).

Pero además, como cualquier proceso de transformación de un modelo institucionalizado, el proceso de desinstitucionalización va a encontrar importantes resistencias. Los obstáculos fundamentales que se dieron pueden sintetizarse al menos en tres, como proponen García González y Espino Granado (1998, 69):

- (i) La sociedad en general que históricamente ha recurrido a la exclusión y reclusión del enfermo mental bajo una concepción de la enfermedad mental, deberá pasar por una nueva representación social de ella. Una transformación de su mentalidad que acepte la integración del enfermo mental en la comunidad.
- (ii) La cronicidad de los internados que tras años de confinamiento, han generado unas dependencias y una pérdida de identidad que dificultará su incorporación a una situación de libertad.
- (iii) Los profesionales que tras años de actividad monótona, burocrática, bajo una serie de pautas normativas, categorías y respuestas institucionales estereotipadas, se han acomodado a una función meramente custodial, creen que cualquier intento de modificar la situación de estos enfermos no tiene sentido, su historia y experiencia les confirma un proceso crónico y deteriorante de la enfermedad (fatalismo terapéutico).¹⁴⁶

Fernández Liria (1997) identificó el “núcleo duro” para la reforma:

¹⁴⁶ Resultaba asombroso como, solamente con que alguien con conocimiento de causa dejara de arrastrarse por dicha inercia, bastaba para que las cosas empezaran a dar un giro de 180°. A título de ejemplo, transcribo lo que relata J. Ocins, acontecido en el Hospital Psiquiátrico de Teruel: “El Dr. José María Bañeres Amella se incorporó el 11 de noviembre de 1987 y permaneció contratado hasta el 31 de julio de 1989. Psiquiatra, nacido en Tamarite de Litera (Huesca) en 1946, y fallecido el 23 de septiembre de 2009, todavía es recordado con cariño por el personal de enfermería y, más todavía, por determinados paciente supuestamente peligrosos o conflictivos a los que ningún facultativo se había atrevido a conceder pases de salida durante años. Siguen saliendo a la calle desde entonces sin problemas”. Ocins Mur FJ. Esteban Rodríguez E. Gómez Bernal G Gómez Chagoyen B. (2014), El Hospital Psiquiátrico San Juan de Díos de Teruel. En: Fernández Doctor A (Coord.). Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragon, p. 126. Zaragoza: SARP/Gráficas Vela.

«Ya en los primeros años setenta se puso de manifiesto que una parte de la población entonces aislada en los hospitales psiquiátricos occidentales no es capaz de vivir ni autónomamente ni valiéndose de los apoyos existentes fuera de los hospitales, e iba a constituir lo que se conoció como el núcleo duro resistente a la desinstitucionalización. Se trataba de un número muy restringido de pacientes, en su mayor parte varones, de edad avanzada y con graves déficits de autonomía», (Fernández Liria, 1997, 3-4).

Estos pacientes que resultan de la difícil desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos y que retornan fácilmente a ellos cuando se intenta manejarlos desde otros dispositivos de atención, se agrupan según Fernández Liria (1997) en 4 categorías:

«1) pacientes con trastornos orgánicos cerebrales que producen deterioro psíquico y antes eran atendidos en los manicomios (eran casi la mitad del núcleo duro). 2) pacientes con trastornos de conducta graves relacionados con psicopatías, drogodependencias, alcoholismo o trastornos del control de los impulsos. 3) pacientes con esquizofrenias resistentes a los tratamientos. 4) Pacientes con problemas de orden físico o de control que dificultan su alojamiento o autonomía (epilépticos, retrasados mentales ligeros, deficientes sensoriales...)», (Fernández Liria, 1997, 4).

En este sentido Maestro y Jiménez, (2002), en su artículo “*Las necesidades de hospitalización prolongada*”, recogen las conclusiones más significativas de diferentes estudios sobre la evolución de los pacientes deshospitalizados y las dificultades que encontraron en su incorporación a la comunidad:

(i) Bigelow et al. (1988), estiman que la prevalencia de pacientes con estas características rondaría los 15 casos por 100.000 habitantes y el cierre de camas psiquiátricas sin del desarrollo de los recursos alternativos, genera situaciones de desamparo. Y este ha sido el factor que en mayor medida ha originado la crítica al movimiento de salud mental comunitario, (Maestro y Jiménez, 2002, 2-3).

(ii) La falta de estructuras comunitarias bien implicadas en el entorno, revierte en una sobrecarga familiar, siendo la familia quien asume el problema de la cronicidad, a menudo con importante sufrimiento y pérdida de calidad de vida. “*Nunca se debe cerrar un hospital, si no se cuenta con alternativas razonables para sustituir las funciones que venía desarrollando el manicomio especialmente con los pacientes más graves*”, (Maestro y Jiménez 2002, 14). En este sentido, Wing (1975) dice: “*La calidad de la vida tal y como la perciben el paciente y su familia es el criterio final por el que deben ser juzgados los servicios. Un buen hospital es mejor que una residencia o una familia en las que domine un ambiente empobrecido. Un buen entorno familiar es mejor que un mal hospital o una mala residencia*”, (Maestro y Jiménez, 2002, 4).

(iii) Lamb y Bachrach (2001), reflexionado sobre la experiencia desinstitucionalizadora advierten que: “*Allí donde se ha creado una red integrada de recursos comunitarios bien dotada y accesible, la mayor parte de las personas con enfermedades mentales severas se han visto significativamente beneficiadas. Cuando esto no ha ocurrido, una parte de los enfermos graves ha terminado ingresando en las cárceles, viviendo en la calle o en otras situaciones inaceptables*”, (Maestro y Jiménez, 2002, 4).

(iv) Trieman y Leff (1996) defienden que: “el reducido número de pacientes difíciles de ubicar” no justifica el mantenimiento de los enormes hospitales psiquiátricos, aseguran que se pueden mantener satisfactoriamente en un abanico de unidades especializadas que forman parte de la red de servicios comunitarios. Y pronostican que los hospitales psiquiátricos no tienen futuro y que dentro de 50 años no existirán en Occidente, (Maestro y Jiménez, 2002, 5).

(v) Lamb (1997) concluye que el traslado de pacientes a alternativas comunitarias a menudo está motivado por sus costos más bajos y por una ideología que contempla como algo excepcional la necesidad de prestar cuidados muy estructurados: “*Propone que los responsables de la planificación de los servicios se centren primero en las necesidades individuales y creen, posteriormente, los dispositivos necesarios para cubrir esas necesidades*”, (Maestro y Jiménez, 2002, 5).

Los aspectos presupuestarios de la desinstitucionalización son recogidos por García González y Espino Granado (1998). Observan que la derivación de recursos desde el hospital psiquiátrico a los servicios comunitarios debe ser progresiva. En este periodo, los costes del hospital siguen siendo elevados; y, además, encuentran resistencias profesionales, organizativas y rigidez administrativa. Como respuesta a estas dificultades: “*en algunos países se ha ideado la fórmula de la “dote”, es decir, que a cada paciente que sale del hospital le siga una dotación económica para hacer frente a los apoyos que necesita en la comunidad*”, (García González y Espino Granado, 1998, 43).

Algunas experiencias desinstitucionalizadoras no han sido positivas. Esto es así cuando se producen externamientos que dejaron indefensos a los pacientes en las calles, incrementando el colectivo de los “sin techo”. Otras desplazaron a los pacientes desde un servicio sanitario como el hospital psiquiátrico a otras instituciones de carácter social, o residencias de ancianos. Es lo que ha llamado “transinstitucionalización”, sin mejorar en absoluto su calidad de vida y perdiendo especificidad en la atención a su problema de salud, (García González y Espino Granado, 1998, 44).

Otra expresión de las carencias de una desinstitucionalización inadecuada es lo que se ha denominado “síndrome de la puerta giratoria”, pacientes que reingresan constantemente en unidades de corta estancia por falta de continuidad en la atención que precisan o por falta de recursos sociales suficientemente apoyados desde la asistencia psiquiátrica. (Márquez et al. 2000, 36), (Martínez Azumendi, 2004, 54).

En cualquier caso los planes desinstitucionalizadores y las propuestas normativas que se han elaborado para desarrollar las experiencias de atención comunitaria, han sido muy heterogéneas y desiguales de unos lugares a otros. En cada país o región se encuentran peculiaridades muy sustantivas y, como señalan García González y Espino Granado (1998, 68-69), difícilmente han llegado a aplicarse en su totalidad.

Y en este mismo sentido Maestro y Jiménez (2002), concluyen:

«La “institución total”, en buena medida, ha desaparecido en los países objeto de nuestra revisión. Sorprende la enorme variabilidad observada en los procesos de desinstitucionalización, en las redes de servicios alternativos, en los tipos de “residencia hospital”, en la gestión y los contenidos de los programas residenciales, en las ratios de camas en relación con la población, etc. La variabilidad se produce no sólo entre los diferentes países, ni siquiera entre las regiones que componen cada país, sino entre distritos cercanos. Tal y como afirma Shepherd (2001) la “institución total” ha sido sustituida por muchas “instituciones”, con muy diferentes tipos de organización, dependencia, gestión, cultura y valores», (Maestro y Jiménez, 2002, 14).

Estas reflexiones sobre los problemas que rodean el proceso de desinstitucionalización, aunque recogidas en trabajos posteriores, ya eran conocidas en el momento en que nuestro país optó por modificar su sistema de asistencia. Y de este modo planificar en función del análisis de experiencias previas. Siguiendo los argumentos de García González y Espino Granado (1998, 62-70), se pudieron plantear dos alternativas: (1) una postura rupturista que contempla la completa sustitución del manicomio, por una nueva red de orientación comunitaria, o (2) una posición más conservadora consistente en el mantenimiento de los manicomios en base a una profunda transformación y modernización.

Los países del Norte y Centro de Europa, EEUU y Canadá, habían optado por una postura “resignada”, desde experiencias incompletas, y mal analizadas de reformas como la desinstitucionalización americana de los años 60 y 70 o la italiana de los años 80. Experiencias de las que concluyeron la dificultad de prescindir de los hospitales psiquiátricos. La respuesta fue la permanencia de los hospitales psiquiátricos, una modernización de su funcionamiento y su integración en una red más amplia.

Otros países, fundamentalmente del sur de Europa (Italia, Grecia, y en parte Portugal), apoyándose también en experiencias desinstitucionalizadoras previas, pero desde otra perspectiva, optaron por un modelo que prescinde del Hospital psiquiátrico, proponiendo unas condiciones que eviten fracasos anteriores (seguimiento de los pacientes desinstitucionalizados, implantación y dotación adecuada de una red de servicios alternativos, coordinación entre recursos comunitarios).

El modelo en nuestro país se inclina por lo que se llamó una “solución alternativa”, en la que el hospital se haga prescindible en la medida en que los servicios comunitarios asuman completamente todos aspectos relacionados con los enfermos mentales en sus diferentes fases y con los suficientes recursos. Dicho de otro modo, el modelo alternativo quiere que “*los nuevos servicios sirvan para hacer innecesarios los viejos y no para complementarlos o realimentarlos*”, (García González y Espino Granado, 1998, 31,32).

3.2.3 Conceptualización del modelo asistencial.

Como ya hemos mostrado en base al desarrollo legislativo y normativo, la Ley General de Sanidad (1986) hace explícito en su artículo 20 los principios reguladores del nuevo modelo asistencial a la salud mental en nuestro país. El modelo propuesto es claramente de inspiración comunitaria y sus principios básicos se basan en tres aspectos: salud mental y psiquiatría comunitaria, sectorización y red de salud mental, (Retolanza, Cabrera y Terradillos, 2006, 199).

De este modo, la implantación del modelo comunitario de atención a la salud mental supone un cambio en la orientación de política sanitaria, una manera de entender la organización de los servicios con una estrategia entroncada con la salud pública y también un cambio en las formulaciones teórico prácticas de la asistencia.

El proceso de reforma psiquiátrica requiere desarrollar nuevas herramientas de intervención, pasando de la mera clínica en el interior del hospital, a integrar los tres niveles de atención propuestos por Caplan (1966), prevención, tratamiento y rehabilitación. También se impone la sustitución del término asistencia psiquiátrica por atención a la salud mental, lo que como dice Benedetto Saraceno (1999),¹⁴⁷ es algo más que un cambio de nombre, “*significa una nueva formulación de las políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje biomedicosocial*”.

Este cambio de orientación asistencial supone un nuevo paradigma, “*exige reconstruir saberes y técnicas, un proceso que dinamita las bases conceptuales de una psiquiatría hecha en el adentro de los muros hospitalarios*”, (Desviat, 2010, 254).

La salud mental comunitaria pretende una ampliación del campo de intervención. Un paso teórico desde el mero abordaje biomédico a un enfoque biopsicosocial. Enfoque que permite pensar la salud y la enfermedad y su cuidado, desde las diferentes perspectivas teóricas, profesionales y especialmente contando con la participación de los usuarios y su autonomía.

El enfermo, que tradicionalmente había sido considerado como receptor pasivo de las decisiones que el médico tomaba en su nombre, se transforma en un agente con derechos bien definidos y amplia capacidad de decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le ofrecen, pero ya no se le imponen. El médico, que en su rol tradicional mantenía una relación vertical e infantilizante, debe transformarse en un asesor técnico de sus pacientes, a los que ofrece sus conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume. La función asistencial que estaba delegada jerárquicamente en el médico debe horizontalizarse, con la entrada en escena de múltiples profesionales sanitarios, constituyendo el equipo técnico terapéutico.

¹⁴⁷ Saraceno B. (1999). *Libertando Identidades: Rehabilitación y Ciudadanía*. Río de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá Editora. Citado por Marcos del Cano M. y Topa Cantisano AM. (2012). *La salud Mental Comunitaria*. Madrid, UNED, p. 14

Como vemos, este modelo exige un proceso transformador profundo que implica a todos los actores sociales (políticos, profesionales y ciudadanos) así como de las instituciones (legislativas, sanitarias, sociales, económicas...). Implicación que tiene que ver con la sensibilidad y el compromiso (técnico, ético y político). Siguiendo las propuestas del Informe Ministerial para la reforma psiquiátrica (1985),¹⁴⁸ los principios por los que debe regirse la reforma son: continuidad, accesibilidad, equidad, autonomía y normalización, participación de la familia y el paciente, responsabilidad, comprensibilidad y efectividad.

Los objetivos en el campo sanitario serán prescindir del hospital psiquiátrico como único recurso ante la enfermedad mental, desarrollar los recursos asistenciales precisos para una atención integral que se articulen de forma flexible a las peculiaridades del tratamiento. En definitiva, mejorar la evolución de la enfermedad, evitar la desinserción del paciente de su entorno social y mejorar su calidad de vida, al encontrar los apoyos necesarios y la mayor autonomía posible.

Para ello es preciso: (a) Integrar la atención a la salud mental en el marco del sistema sanitario general, situando la Atención Primaria en la puerta de entrada al sistema y el primer nivel asistencial en salud mental. (b) Diversificar la oferta asistencial, adaptándola a la diversidad de los problemas y articularla en niveles de progresiva complejidad y especialización. (c) Organizar la asistencia de manera territorializada, de modo que la atención se circunscriba a un ámbito territorial definido que permita la accesibilidad y la integración del servicio en la estructura de la población. (d) Desarrollar estructuras de coordinación que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos sanitarios y sociales, garantizando la continuidad asistencial. (e) Organizar el trabajo en base a equipos multi e interdisciplinarios, debiendo estar constituidos al menos por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y personal administrativo. (f) Desarrollar programas de prevención y promoción de la salud mental. (g) Fomentar la cultura de la participación y la autorresponsabilidad de la población con actividades que potencien su integración y superación del estigma o mediante la creación de asociaciones de pacientes, de familiares, grupos de autoayuda, etc., (Informe Ministerial para la reforma psiquiátrica, 1985, 37-45).

Como describe (Espino Granado 2005, 37), el concepto de psiquiatría comunitaria (o salud mental comunitaria) se recoge en tres principios básicos: (1) La atención al ciudadano en su lugar de residencia; (2) el Área de Salud como espacio ordenador de la red; y (3) la Red de salud mental. Principios que abogan por la no desinserción del enfermo de su medio natural, la asunción por parte del equipo asistencial de una pobla-

¹⁴⁸ Ministerio De Sanidad y Consumo. (1985). Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Disponible en: Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). La atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social. Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985. Toledo. Espino Granado A (coord.). https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf, pp. 154-208

ción determinada y el desarrollo de una red que incluya los diferentes dispositivos que los enfermos puedan requerir a lo largo de su proceso (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios como centros y hospitales de día). El elemento sustancial en la red es la integración. Una integración que incluye tanto a los servicios como a las intervenciones. Esto supone salvaguardar el principio de continuidad asistencial. El paciente obtendrá una respuesta dependiendo del proceso y del momento pero siempre articuladamente, permitiendo una visión global del sujeto y evitando la compartimentación y el desplazamiento de los problemas.

De este modo, en el ámbito sanitario la organización de servicios se estructura en una única red de asistencia, articulada territorialmente en áreas o sectores sanitarios. Red funcional que permite la circulación de los pacientes por los diferentes dispositivos según sus necesidades y con tres niveles de especialización:

- (i) El no especializado, representado por los equipos básicos de Atención Primaria.
- (ii) El especializado básico que corresponde a los equipos de salud mental comunitarios, de adultos y de infanto-juvenil.
- (iii) El específico, constituido por dispositivos dirigidos a problemas de mayor complejidad, entre los que son básicos las unidades de hospitalización breve en el hospital general, hospitales de día, centros de día o de rehabilitación psicosocial y unidades de media y de larga estancia.

Los recursos de apoyo social son más dispares en su desarrollo territorial y en su dependencia administrativa. Estos servicios se pueden clasificar por su función en tres tipos. El primero es el residencial: pisos protegidos, pensiones supervisadas. El segundo se suele denominar ocupacional- laboral, incluye: centros ocupacionales, talleres protegidos, empresas sociales. Por último, el tercero son las Instituciones tutelares mediante fundaciones, asociaciones de enfermos o de familiares. Los órganos de integración y coordinación inicialmente fueron los “Comités de enlace y coordinación”, con función de concretar un “*Plan de integración funcional de los recursos y programas asistenciales del área de salud*” en cada Comunidad Autónoma, con inclusión de la atención primaria de salud. Y en la medida que las transferencias sanitarias fueron llegando a las CCAA se implantaron las Direcciones Regionales y las Comisiones de Enlace de Área, (Estrategia en Salud Mental del SNS Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, 35-36).

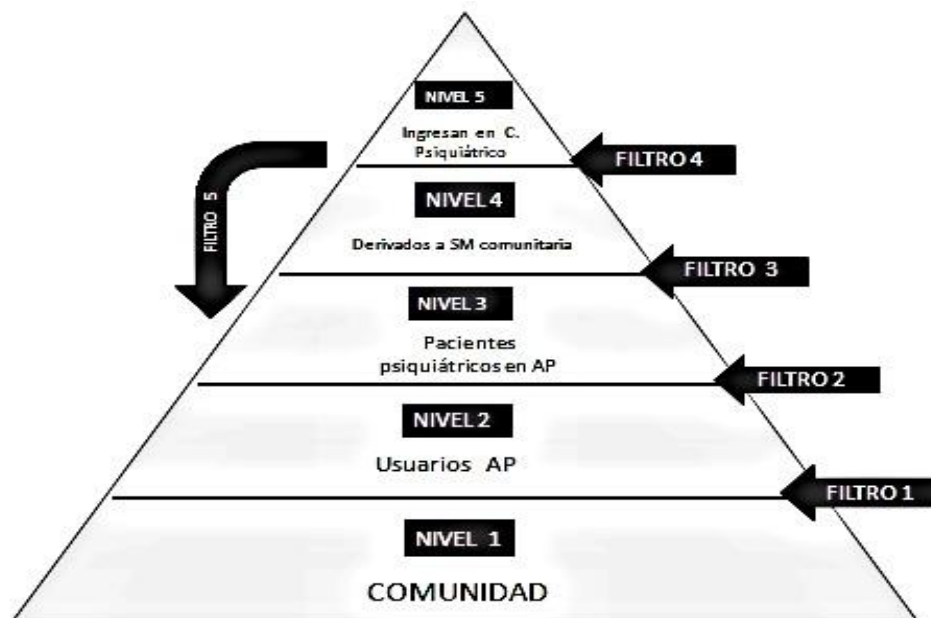
Una referencia ineludible para analizar la red de atención a la salud mental es el modelo de Goldberg y Huxley (1980). Es un modelo que permite describir, organizar e investigar las respuestas asistenciales, la cobertura de necesidades, correlaciona los conocimientos epidemiológicos sobre prevalencia real (morbilidad de los trastornos mentales) y la prevalencia clínica (demanda asistencial). Este modelo establece el camino teórico que recorre la persona con trastorno mental en su medio social hasta los Servicios de Salud Mental especializados, pasando por diversos filtros. Su análisis permite estudiar los condicionantes de conducta, la oferta de servicios, las barreras de

acceso y establecer comparaciones para determinar el aspecto del proceso asistencial que puede estar fallando, y son varios los autores que lo han tratado, (Retolaza, 2009), (Vázquez-Barquero et al. 1993), (Caldas de Almeida y Torres González, 2005), (Espino Granado, 1998).

El modelo distingue cinco niveles y cuatro filtros, que pasamos a describir:

- Nivel 1: Representa la Comunidad, y dentro de ella, aquellas personas que en un determinado momento presentan un trastorno mental, es el nivel que nos dará información sobre la prevalencia e incidencia real (es decir sometida a procesos naturales y no asistida) de los diferentes trastornos mentales así como las circunstancias de cualquier tipo a las que vienen asociados. La prevalencia media de los países occidentales se encuentra el 25% de la población, 250 personas por 1000 habitantes mayores de 18 años al año, y el 1% con diagnóstico de esquizofrenia, (Espino Granado, 1998, 167).
- Nivel 2: El grupo total de pacientes atendidos en Atención Primaria. En el que se pueden valorar la presencia de los diferentes trastornos mentales y las características de los pacientes que los padecen, además de las situaciones asociadas a los mismos. La decisión de consultar viene mediatizada por la gravedad de los síntomas así como del nivel de sufrimiento o estrés que produce en el paciente o en su entorno. Se considera que en este nivel se consulta entre el 80 y el 90% de los problemas psiquiátricos. La prevalencia se estima en 200 personas por 1000 habitantes mayores de 18 años al año, (Espino Granado, 1998, 167).
- Nivel 3: La morbilidad detectada en Atención Primaria, corresponde a los pacientes psiquiátricos detectados, que no necesariamente coincide con la correspondiente al nivel anterior, se considera que los médicos de Atención Primaria detectan entre el 50 y el 60% de los trastornos mentales. Del conjunto de pacientes valorados en Atención Primaria entre el 25 y el 30% tienen problemas de salud mental. La prevalencia se estima en 165 personas por 1000 habitantes mayores de 18 años al año, (Espino Granado, 1998, 167).
- Nivel 4: está formada por los pacientes derivados a las unidades de salud mental comunitaria. Este nivel lo alcanza de 5 al 15% de las personas que tienen problemas de salud mental. La prevalencia se estima en 34 personas por 1000 habitantes mayores de 18 años al año, (Espino Granado, 1998, 167).
- Nivel 5: El grupo de pacientes que precisan ser ingresados en servicios hospitalarios de psiquiatría. Que obviamente constituyen un grupo muy seleccionado, menor en número y con patologías más graves que los de los niveles anteriores. La prevalencia se estima en 10 personas por 1000 habitantes mayores de 18 años al año, (Espino Granado, 1998, 167).

Gráfico 3: Modelo de Goldberg y Huxley



Fuente: Elaboración propia.

AP: Atención Primaria. SM: Salud Mental

Como vemos en la imagen, los cinco niveles pueden ser entendidos en una disposición de forma piramidal, con una base ancha situada en el nivel comunitario y un vértice estrecho ubicado en los servicios psiquiátricos hospitalarios.

Entre estos cinco niveles existen cuatro filtros o barreras cuyo comportamiento es también necesario estudiar en cada circunstancia. Son los siguientes:

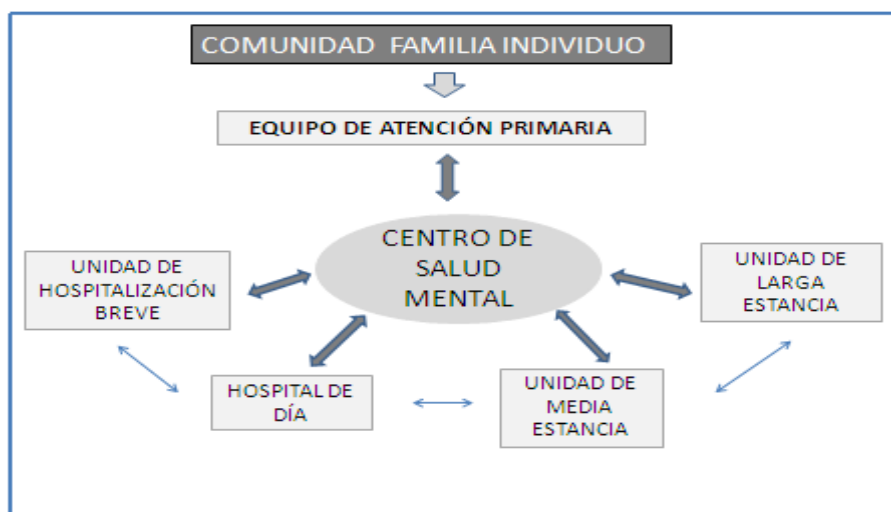
- **Filtro 1:** Decisión de consultar. Se establece entre el nivel 1 y 2. Aquí interesa conocer los determinantes que llevan a conductas de búsqueda de ayuda y las circunstancias asociadas a aquellos casos que no consultan a pesar de padecer trastorno mental. O a la inversa, qué consultan aunque no lo padecen, y también qué trastornos consultan con más facilidad y cuáles no y por qué no lo hacen.
- **Filtro 2:** Capacidad de detección en los servicios de Atención Primaria. Se activa entre los niveles 2 y 3 (ambos, dentro de la estructura organizativa de la Atención Primaria). Se trata de un aspecto fundamental del modelo que concede una importancia trascendental al equipo de Atención Primaria (médicos de familia, pediatras y enfermería). En el estudio de este filtro se incluyen las circunstancias asociadas a la detección que pueden depender del profesional, del paciente, de las características de su trastorno o de la organización asistencial.

- Filtro 3: Derivación a Servicios de Salud Mental. Opera entre el nivel 3 y 4, definido por las circunstancias de cualquier tipo que inciden en que unos casos sean tratados en Atención Primaria y otros derivados a servicios especializados.
- Filtro 4: Admisión en unidades hospitalarias. Nótese que este filtro es el único en el que el criterio de los servicios especializados es determinante y muy mediatizada por la existencia de recursos intermedios.

Vázquez-Barquero (1998, 10-17) propone un nuevo filtro el 5, que es el que conduciría a los pacientes desde los servicios especializados de salud mental a los equipos de Atención Primaria para control y seguimiento, ya sea de manera coordinada o solo por Atención Primaria.

La red de dispositivos se refleja en el siguiente cuadro:

Gráfico 4: Red de Dispositivos sanitarios de Salud Mental



Fuente: elaboración propia.

Pasamos ahora a detallar las funciones de los dos niveles de asistencia sanitaria a la salud mental, el nivel no especializado o de Atención Primaria y el especializado o Red de Salud Mental. Las dos piezas claves de la organización del modelo asistencial a la salud mental desde el ámbito sanitario.

3.2.3.1 Nivel no especializado. Cuidados de salud mental en Atención Primaria

El Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud de 1984, establece los principios normativos conforme a los cuales se crearán las zonas de salud, los centros de salud, composición y funciones del equipo así como los criterios de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. La filosofía que mueve a la Atención Primaria es pro-

mover una atención integral a la población en los aspectos biopsicosociales y desde todas las perspectivas asistenciales, prevención, tratamiento y rehabilitación. Corresponde a los equipos de Atención Primaria los cuidados generales de la salud, incluida la salud mental.

En este sentido se elaboró desde la Dirección General de Planificación sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (1985), una guía “*Para la elaboración del programa de Salud Mental en Atención primaria de Salud*”,¹⁴⁹ como instrumento formativo e informativo de la práctica profesional que implica la atención a la salud mental dentro del modelo de atención integral a toda la población.

Entre las funciones que se asignan a los equipos de Atención Primaria, destaca ser la puerta de entrada del sistema y filtro hacia la atención especializada, señalando que entre el 70 y el 90 % de los problemas de salud deberán ser controlados desde este nivel sin requerir atención especializada.

Como señalan García González y Espino Granado (1998, 164), la existencia de elementos comunes entre Atención Primaria y la orientación comunitaria de salud mental facilitan su integración y así se recoge en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y la Organización Mundial de la Salud (1990).¹⁵⁰ Los cuidados generales de la salud mental se ordenan atendiendo a dos grandes niveles interdependientes: cuidados de Atención Primaria y cuidados especializados, correspondiendo a al segundo nivel (especializado) funciones consultivas y de soporte a los profesionales de Atención Primaria.

Este modo de organizar la asistencia se ha denominado modelo de “integración funcional”, y es el que con algunas variantes se ha puesto en práctica en nuestro país, (García González y Espino Granado, 1998), (Vázquez-Barquero, 1998), (Markez et al. 2000), (Retolaza et al. 2009).

Correspondiendo a los equipos de Atención Primaria las siguientes funciones: (a) Identificar los trastornos mentales y emocionales. (b) Discriminar y definir el tipo de intervención, ya sea: Atención y seguimiento propio o atención con asesoramiento del equipo especializado. (c) Derivación al nivel especializado. (d) Colaborar con los equipos especializados en el seguimiento y rehabilitación de los pacientes. (e) Participar en la elaboración y desarrollo de programas de protección y protección para la población de riesgo, (García González y Espino Granado, 1998, 164).

Para ubicar la función de los equipos de Atención Primaria en la red de atención a la salud mental, nos referimos de nuevo al modelo de Goldberg y Huxley, según el cual la

¹⁴⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). Colección: Atención Primaria de Salud - Guía para la Elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud (1ª Edición) (Vol. IX). (1985) Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

¹⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. Ginebra (1990). La introducción de un componente de Salud Mental en Atención Primaria. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243561367.pdf>

atención primaria juega un papel decisivo en el sistema. Por un lado, le corresponde plenamente el nivel 1, donde toda la población recibe asistencia sanitaria, y es el equipo de Atención Primaria quien aborda de forma integral todos los problemas de salud. En segundo lugar resulta fundamental el filtro 2, es decir, el comportamiento diagnóstico y de derivación del equipo de Atención Primaria, donde se detectan los problemas y se decide la intervención sobre los mismos, lo que va a determinar el volumen asistencial del nivel especializado.

Así la función de Atención Primaria queda definida en la detección de los problemas de salud mental, su atención clínica en tanto resulte asumible a dicho nivel, o en otro caso la derivación al nivel especializado de los trastornos que lo requieran. Y por su lado, también es esencial el filtro 5, señalado por Vázquez Barquero (1998, 15), que supone la vuelta al primer nivel de los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico para seguimiento y control, labor de gran importancia de cara a la adherencia al tratamiento, factor fundamental para continuidad asistencial y evitar hospitalizaciones.

Así y según los datos recogidos a nivel internacional por García González y Espino Granada (1998, 167), el 83% de las personas que padecen algún trastorno mental es detectado en el nivel primario, de los cuales el 21% es derivado a los centros de salud mental, lo que nos da idea del volumen de atención a la salud mental que debe asumir el equipo de Atención Primaria.

Por otra parte, existe un consenso internacional acerca de que existe una alta proporción de personas con trastorno mental no tratadas, incluso con trastornos graves. Además, parte de los pacientes en tratamiento se ponen en contacto con el sistema en fases avanzadas de la enfermedad, por lo que cobra especial importancia el diagnóstico temprano y el tratamiento en fases tempranas del desarrollo de la enfermedad, (Retolaza 2009, 61-70).

Un requisito esencial para el buen desempeño de esta importante labor está vinculado a unas condiciones adecuadas para una colaboración, coordinación, y asesoramiento por parte de los equipos de salud mental. Uno de los principios del modelo de articulación funcional propuesto para el desarrollo organizativo de la salud mental, lo sitúa en una labor consultiva y de soporte a los profesionales de Atención Primaria, como veremos seguidamente.

3.2.3.2 Nivel especializado: Red de Salud Mental

En el nivel especializado, lo esencial de la organización de los servicios radica en la conceptualización de área. El Área de Salud Mental se ordena alrededor de sus elementos: usuarios, profesionales y recursos para la Atención de Salud.

La definición del Área de Salud Mental viene determinada por normas y teorías que hemos visto antes y debe contemplar los siguientes parámetros:

- a) Un servicio sanitario especializado.

- b) Con un ámbito territorial constituido por un Área Sanitaria (según se recoge en la Ley General de Sanidad 14/86) que comprende varios Distritos Sanitarios, y con una población determinada.
- c) Integrar una variedad de dispositivos que han de dar respuesta a las diferentes necesidades de atención de salud mental de esa población.
- d) Una ordenación en red de estos dispositivos en este territorio.
- e) Continuidad de la atención desde la Atención Primaria a la Atención Especializada y con la necesaria coordinación con los Servicios Sociales.
- f) Ofrece “respuestas integradas” en los diferentes niveles de atención, lo que implica una adecuación de las actividades de los dispositivos a los objetivos priorizados del Área y una coordinación de los recursos que garantice la atención integral.
- g) Pone en marcha “Programas asistenciales estructurados” en función de las necesidades de grupos específicos de pacientes (niños y adolescentes, ancianos, enfermos mentales crónicos y graves, trastornos de alimentación, alcohol y drogas).

Una vez descritas las líneas teóricas que encuadran el nuevo modelo asistencial, corresponde ahora describir cómo estos principios se deben concretar a nivel de recursos asistenciales (dispositivos y profesionales).

3.2.4 Los dispositivos asistenciales.

Pasamos seguidamente en describir el papel que cada servicio debe asumir como específico y su modelo de coordinación en la red, pero debemos aclarar que nos limitaremos a las estructuras de carácter sanitario donde desarrollan sus funciones el personal de enfermería, otro de los puntos clave de este trabajo.

El primer obstáculo encontrado en este cometido es la disparidad de términos que se utilizan para denominar los diferentes servicios. El Informe Ministerial, como nos recuerda Espino Granado (2005, 40), tuvo la precaución de utilizar nombres genéricos para referirse a los diferentes dispositivos asistenciales; no se habla de Centros de Salud Mental, por ejemplo, sino de equipos en general, de forma que fuera cada organización quien determinara su denominación final. Así la denominación que se ha dado a los servicios de atención a la salud mental es muy variable por CCAA, con objeto de simplificar y hacer más comprensible el trabajo y de cara a definir sus funciones, proponemos la siguiente clasificación de las nuevas estructuras de atención comunitaria:

- Equipos, centros o unidades de salud mental comunitaria.
- Unidades psiquiátricas en hospitales generales, Unidad de Corta Estancia (UCE).
- Centros de Rehabilitación Psicosocial, y centros de día.
- Unidades de hospitalización de media y de larga estancia (UME; ULE), o comunidades terapéuticas.
- Estructuras intermedias, alternativas residenciales.

- Servicios específicos para la salud mental infanto-juvenil:
 - Unidad de salud mental infanto-juvenil.
 - Hospitales y Centros de Día de Niños y Adolescentes.

(i) Centro de Salud Mental Comunitario:

Dentro de la red de dispositivos del Área de Salud Mental el elemento central debe ser el Centro de Salud Mental. El equipo de salud mental comunitario es el eje de la red, puerta de entrada al sistema especializado, responsable del desarrollo de diversas actuaciones y programas comunitarios y de la continuidad de los cuidados.

Siguiendo a Gómez Esteban (2006, 79-80), el equipo de salud mental tiene la máxima responsabilidad asistencial sobre los pacientes a lo largo de todo su proceso terapéutico, toda la estructura debe estar orientada a dar respuesta a las necesidades de los enfermos. Según éstas pueden distinguirse grupos específicos de problemáticas, a partir de las cuales se debe organizar la actividad estructurada en programas. Son centros integrados en la comunidad, en unos espacios normalizados, a menudo compartiendo ubicación con los equipos de Atención Primaria.

El hecho de que sean servicios integrados, próximos y normalizados contribuye a la accesibilidad, aspecto importante para el tipo de atención que estos pacientes requieren. En función de su patología, a veces, no son enfermos que busquen ayuda sino que, son los profesionales quienes deben ir tras su seguimiento. Por otro lado, esta proximidad contribuye a transmitir una imagen menos excluyente y estigmatizadora de la enfermedad mental. Ha supuesto una revaloración de los profesionales y del tipo de asistencia que se puede esperar en los espacios terapéuticos.

Como principio general se plantea un modelo de trabajo centrado en el paciente y no en la enfermedad. El proceso terapéutico comienza con el análisis de la demanda, continúa con un planteamiento de la estrategia terapéutica y se concreta con un compromiso del paciente y su familia en el proceso asistencial.

La labor asistencial se centra tanto en pacientes remitidos desde los Equipos de Atención Primaria, como en el seguimiento de enfermos dados de alta desde las unidades de hospitalización. Esta tarea asistencial incluye los controles farmacológicos, entrevistas exploratorias, elaboración de informes, así como una serie de actividades terapéuticas. Responsabilizándose de los pacientes y garantizando la continuidad de la atención a los mismos, ya sea prestándola directamente, ya mediante la actuación coordinada con otros Servicios Sanitarios o Sociales, cuya intervención se estime necesaria. Se concreta en: evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a nivel ambulatorio y domiciliario.

Otra de sus labores es prestar apoyo y asesoramiento a los Equipos Básicos de Atención Primaria en orden al desarrollo por parte de éstos, de la atención a las necesidades de salud mental de la Zona Básica de Salud. El ejercicio de esta función implicará la

realización de actividades de formación, asesoramiento, supervisión e interconsultas, que deben tener una doble finalidad, clínica y formativa.

Además debe coordinar la remisión de la demanda a los Dispositivos Especiales de Salud Mental cuando sus propias posibilidades de actuación resulten superadas, asumiendo en todo momento, y aún después de concluir la intervención de aquellos dispositivos, el seguimiento del paciente. Como señalan y Mestres y Pellejero (1997), los cometidos fundamentales de los Equipos de Salud Mental Comunitaria son:¹⁵¹

- «-Diseño y ejecución de programas de rehabilitación y de reinserción de pacientes crónicos. Programas conjuntos desarrollados por las Unidades de Salud Mental y los Servicios Sociales comunitarios.
- Desarrollo de programas y actividades de promoción de la Salud Mental, así como preventivos y epidemiológicos.
- Desarrollar actividades de formación continuada e investigación aplicada en Salud Mental Comunitaria.
- Apoyo, asesoramiento y cooperación en programas específicos con otros dispositivos pertenecientes o no al ámbito sanitario, potenciando el trabajo interdisciplinar.
- Apoyo, asesoramiento y supervisión en temas de Salud Mental de los dispositivos generales de urgencias en aquellos casos que lo requieran», (Mestres Beltrán y Pellejero, 1997, 133).

Los Equipos de Salud Mental Comunitarios según criterios organizativos, deberían atender zonas de población entre 70.000 y 80.000 habitantes, pero condicionada por las condiciones territoriales o de dispersión poblacional. La media de población atendida por Centro de Salud Mental en la actualidad es de 70.000 hab. En los extremos se sitúan algunos distritos de Madrid en los que un Centro de Salud Mental puede tener una población de referencia de más de 250.000 habitantes, y zonas rurales o insulares con menos de 30.000 habitantes de referencia, (Bravo Ortiz, 2000, 29).

(ii) Unidades de Hospitalización Breve

Son dispositivos de atención continuada en régimen de hospitalización total y provisión de cuidados de 24 horas. Este servicio lo requerirán pacientes con trastorno mental grave en fase aguda, en situaciones de crisis, con descompensaciones de su patología.

Generalmente el ingreso en la unidad de hospitalización psiquiátrica se produce por imposibilidad de seguimiento ambulatorio por entrañar riesgos auto o heterolesivos, por existir refractariedad al tratamiento, o bien por inexistencia de un adecuado soporte socio-familiar. Y en algunos casos también puede contemplarse la posibilidad de ingreso para estudio diagnóstico.

Se sitúan siempre en Hospitales Generales y están dotadas de un número de camas que oscila entre 10 y 25 por Unidad. Además, el hospital donde se ubican dispone de un

¹⁵¹ Un esquema de las funciones precisas y por programas lo encontramos en: Bravo MF. Aparicio D. Cuevas C. Díaz B. Eguiagaray M. Fuente J. Mateos A. Moré MA. Ozámiz A. Pérez F. Sánchez AE. (2000). Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos técnicos nº 4, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 45-46.

servicio de atención a las urgencias psiquiátricas dentro de su Servicio General de Atención a Urgencias.

Su función principal es contener la crisis y conseguir una recuperación en el plazo más breve posible para su regreso a su comunidad, retornando el seguimiento en el centro de salud mental comunitario, o si el caso lo requiere, su derivación a otros dispositivos para un tratamiento con estancias más prolongadas, con programas terapéuticos y rehabilitadores intensivos, especialmente a Centros de Día u Hospital de Día.

El equipo asistencial está formado por Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros de salud mental, Auxiliares de Enfermería y Celadores. Sus funciones específicas son: evaluación, diagnóstico y tratamiento de la situación de crisis, además de la coordinación con otros niveles de atención implicados en el caso.¹⁵²

(iii) Hospitales de Día

El Hospital de Día es un dispositivo para la hospitalización parcial. Es una alternativa a la hospitalización total de casos agudos y subagudos. Tiene el objetivo de facilitar al paciente la transición entre el ingreso hospitalario y el tratamiento en el centro de Salud Mental Comunitario. Se utiliza ante pacientes que requieren un tratamiento más continuado que el que se puede ofrecer en un ingreso en la unidad de hospitalización breve, evitando así su sobresaturación, y más intensivo que el que se puede ofrecer desde los equipos de salud mental.

Siguiendo el documento del Grupo de Trabajo de la AEN. “*Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*”, coordinado por Bravo Ortiz (2000), su objetivo es:

«Proporcionar un soporte, supervisión y monitorización en la vuelta al domicilio. Persiguiendo la suficiente autonomía para volver a desarrollar una actividad y continuar un tratamiento ambulatorio. El perfil de los pacientes en los que estaría más indicado este dispositivo, dependiendo del momento evolutivo en el que se encontraran, corresponde a: trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos afectivos y trastornos de alimentación», (Bravo Ortiz, 2000, 47).

El horario generalmente es de mañana y media tarde (9 a 17 horas), permaneciendo en el propio domicilio el resto del tiempo. El tratamiento prevé una duración de uno a seis meses. Y los criterios de calidad de la AEN para unidades de hospitalización parcial de adultos, son de 10 plazas por cada 100.000 habitantes, (Bravo Ortiz, 2000, 59-60).

Entre sus funciones destacan: ingreso y tratamiento, rehabilitación, soporte a las familias y coordinación con la red.¹⁵³

¹⁵² Un esquema de las funciones y procedimientos específicos de las unidades de hospitalización breve, lo encontramos en: Bravo MF. Aparicio D. Cuevas C. Díaz B. Eguiagaray M. Fuente J. Mateos A. Moré MA. Ozámiz A. Pérez F. Sánchez AE. (2000). *Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*. Cuadernos técnicos nº 4 Asociación Española de Neuropsiquiatría, p. 50

¹⁵³ Un esquema de las funciones y procedimientos específicos de los hospitales de día, lo encontramos en: Bravo MF. Aparicio D. Cuevas C. Díaz B. Eguiagaray M. Fuente J. Mateos A. Moré MA. Ozámiz A. Pérez F. Sánchez AE.

(iv) Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día.

Los Centros de Día están destinados a pacientes más cronicados o más deteriorados por procesos psicopatológicos y/o por el medio institucional, y con mayor dificultad para la adaptación al entorno. Realizan una labor más rehabilitadora y resocializadora que los Hospitales de Día.

Se desarrollan en la mayoría de CC.AA. bajo diversos nombres (Unidad de Rehabilitación; Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Día). Sus objetivos generalmente se centraron en prevenir o reducir el deterioro y la discapacidad social, restaurar las habilidades potenciales, reforzar las habilidades existentes, facilitar la adaptación psicológica y social y posibilitar los niveles más óptimos de funcionamiento.

En la consecución de estos objetivos se pueden distinguir dos fases: una de resultados y otra de mantenimiento, que podrían corresponderse a los Centros de Rehabilitación propiamente dichos y los Centros de Día. Estas dos funciones pueden coincidir o no en un mismo dispositivo.

Entre sus funciones destaca la rehabilitación, soporte psicosocial y psicoeducación a familias y pacientes, además de la coordinación con otros dispositivos de la red.¹⁵⁴

(v) Unidades de Rehabilitación Hospitalaria o Comunidades Terapéuticas

Son dispositivos para atender en régimen de hospitalización las necesidades de tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedad mental grave y persistente. Son pacientes que por sus circunstancias y evolución requieren cuidados prolongados y residenciales así como el desarrollo de programas terapéuticos específicos. Son dispositivos dirigidos a dar respuesta a las necesidades de entornos estructurados residenciales y con abordajes prolongados de tipo rehabilitador y/o asistenciales sanitarios, (Caldas de Almeida y Torres González, 2005, 67).

La denominación es muy variada: Comunidad Terapéutica, Unidad de Rehabilitación hospitalaria, Unidad de Cuidados psiquiátricos prolongados, Unidad de Media/Larga Estancia, Unidad de Subagudos, etc. En ellos, como decimos, se atienden las necesidades de aquellas personas de cualquier edad con Trastorno Mental Grave y persistente, en los que se han agotado las posibilidades de rehabilitación que les ofrecen los programas terapéuticos de las unidades de tratamiento y rehabilitación en régimen de media estancia. Sus objetivos son lograr el mantenimiento de las habilidades no perdidas y de la estabilidad clínica, así como proporcionar a los pacientes los cuidados cen-

(2000). Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos técnicos nº 4 Asociación Española de Neuropsiquiatría, p. 48.

¹⁵⁴ Un esquema de las funciones y procedimientos específicos de los centros de rehabilitación psicosocial lo encontramos en: Bravo MF. Aparicio D. Cuevas C. Díaz B. Eguiagaray M. Fuente J. Mateos A. Moré MA. Ozámiz A. Pérez F. Sánchez AE. (2000). Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos técnicos nº 4 Asociación Española de Neuropsiquiatría, p. 52

trados en actividades ocupacionales y de ocio y tiempo libre, sin renunciar a la reinserción en la comunidad.

El documento “*Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*”, señala que el tiempo de estancia no es el elemento esencial que debe definir estas unidades sino la naturaleza de las prácticas que allí se realizan, queriendo resaltar que en ausencia de tratamientos rehabilitadores estos servicios poco se podrán diferenciar del funcionamiento manicomial. Este mismo documento propone para unidades de rehabilitación psicosocial un ratio de 20 plazas por cada 100.000 habitantes, y para unidades de media estancia de 8 plazas por cada 100.000 habitantes, (Bravo Ortiz, coord. 2000, 51).

Algunas CCAA disponen de unidades de psicogeriatría, servicio que contempla de modo diferencial a los pacientes que con las anteriores características, son mayores de 60 años y requieren mayores cuidados por la complejidad de su proceso, al sumarse problemática orgánica.

Entre sus funciones destacan: La evaluación psicopatológica y de discapacidades, tratamiento y rehabilitación, además de la necesaria coordinación con los diferentes servicios sanitarios de la red.¹⁵⁵

(vi) Servicios del ámbito socio-sanitario

La atención a la salud mental requiere una constante integración de los servicios sanitarios y sociales, en algunos ámbitos la distinción entre unos y otros servicios se hace difícil en la medida en que se solapan sus funciones. Éste es el espacio que se ha dado en llamar socio-sanitario, las CCAA han desarrollado estos servicios de forma muy desigual y con criterios organizativos muy variados. La dependencia administrativa puede ser Sanitaria, de Servicios Sociales, Diputaciones, Fundaciones, etc. Aunque en la mayoría de las CCAA se integran en el campo específico de los Servicios Sociales, solicitando la intervención de los servicios sanitarios comunitarios en función de las necesidades.

El desarrollo de los Servicios Sociales en nuestro país es muy posterior al proceso desinstitucionalizador de los psiquiátricos españoles.¹⁵⁶ Es por esto que en algunas Comunidades, en las que el proceso reformista se desarrolló con rapidez, tuvieron que crear dispositivos que cubriesen las necesidades sociales (alojamiento, acompañamiento, apoyo económico o laboral). Así podemos encontrar dispositivos propios de Servicios Sociales, que cuentan en su cartera de servicios algún nivel de atención sanitaria, a menudo a tiempo parcial. En este caso, su plantilla cuenta con profesionales sanitarios,

¹⁵⁵ Un esquema de las funciones y procedimientos específicos de los centros de rehabilitación hospitalaria y comunidades terapéuticas lo encontramos en: Bravo MF. Aparicio D. Cuevas C. Díaz B. Eguiagaray M. Fuente J. Mateos A. Moré MA. Ozámiz A. Pérez F. Sánchez AE. (2000). *Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*. Cuadernos técnicos nº 4 Asociación Española de Neuropsiquiatría, p. 51

¹⁵⁶ La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia

psiquiatras, psicólogos y enfermeros especialistas de salud mental, motivo por el que se incluyen, aunque de forma muy escueta, en este apartado que como ya aclaramos se limitaría a los servicios del ámbito sanitario. Los servicios más comunes son las alternativas residenciales y los talleres ocupacionales.

Las alternativas residenciales vienen a cubrir la necesidad de alojamiento y de supervisión, en la medida que el grado de discapacidad dificulta una vida plenamente autónoma. Se pueden diferenciar entre cuatro niveles de dispositivos con un grado de supervisión decreciente: Unidades residenciales o residencias asistidas, minirresidencias, pisos tutelados y pensiones supervisadas.

Los talleres ocupacionales proporcionan a los pacientes derivados de otros recursos asistenciales una formación, orientación y adiestramiento en el trabajo de manera considerada «protegida». Generalmente utilizan la terapia ocupacional con el fin de incrementar la autonomía funcional de la persona y preparar para un acceso al mundo laboral, que podría ser efectivo con la incorporación a un taller protegido. Los profesionales que se ocupan fundamentalmente de estos servicios son los terapeutas ocupacionales.

Algunas comunidades disponen de otro tipo de estancias que proporcionan una mayor flexibilidad: plazas de descanso familiar (menos de un mes), plazas de estancias medias (hasta un año), plazas de estancia indefinida. Tienen el objetivo de minimizar la carga familiar y favorecer la autonomía de los enfermos crónicos, o bien son la alternativa a la inexistencia de un lugar donde vivir. Tratan de incorporar al enfermo a las actividades normalizadas de la vida cotidiana y de ocio, supervisar y acompañar al enfermo a los tratamientos que requiera de la red de Salud mental (consultas, centro de día) y, en general, conseguir una buena calidad de vida para el enfermo mental. Los profesionales fundamentales de estos dispositivos son los trabajadores sociales.

(vii) Dispositivos específicos para la salud mental infanto-juvenil

La atención a la Salud Mental Infanto Juvenil, siguiendo las normas básicas de organización sanitaria, debe respetar dos aspectos fundamentales: (a) la coordinación en la red y con el equipo de adultos, y (b) la suficiente especificidad de los profesionales que atienden a esta población.

Así, la atención ambulatoria se realizará a través de los programas específicos llevados a cabo en los Centros de Salud Mental infanto juvenil, por equipos con la suficiente especialización en este campo. Las funciones y procedimientos son similares a los recogidos en el Centro de Salud Mental Comunitario de adultos adaptado a las peculiaridades de esta población. De estas particularidades destacamos la importante labor que desde la salud mental infantil se puede desarrollar para la prevención de la patología del adulto, por ejemplo procurando una detección precoz de los niños que estén en grupos o situaciones de riesgo, una intervención precoz en posibles casos de malos tratos, o en

hijos de pacientes psiquiátricos, etc. La atención a esta población requiere si cabe, aún más de una estrecha coordinación entre todos los dispositivos implicados.

Los Centros de Día de niños y adolescentes son recursos dirigidos al tratamiento de niños y adolescentes que presentan una patología grave y no pueden seguir una escolarización normalizada (por un tiempo). En cuanto a las funciones y procedimientos son similares a los recogidos en el Centro de Día de adultos, adaptado a las peculiaridades de esta población. En general se recomienda que los Hospitales de Día para niños y adolescentes tengan una estructura y funcionamiento adaptado a tres grupos de edad: a) menos de 7 años, b) entre 7 y 13 años, y c) más de 13 años. Se realizan diferentes tratamientos, fundamentalmente psicoterapéuticos, con los pacientes y sus familias, y se deben incluir también actividades educativas y psicopedagógicas que permitan a los pacientes permanecer escolarizados.

La Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil es un dispositivo asistencial específico para el tratamiento intensivo de niños y adolescentes que precisan hospitalización completa. Es un ingreso breve, con un objetivo prefijado y en coordinación directa con el equipo de Salud Mental infanto juvenil que es quien determina el interés de la hospitalización. Las funciones y procedimientos siguen las líneas generales de las unidades de hospitalización de adultos adaptándolas a las peculiaridades de la edad de los pacientes.

Más allá de los recursos que requiere la atención a la salud mental siguiendo el modelo comunitario, conviene recordar dos conceptos fundamentales que deben ser transversales a toda la organización asistencial para que ésta pueda ser eficiente: la continuidad de cuidados y la coordinación entre los servicios que los prestan.

Los programas de salud mental comunitaria exigen una variedad de dispositivos y profesionales que se ocupan de determinados aspectos del tratamiento en diferentes momentos del proceso. Esto tiene el riesgo de producir una fragmentación en la atención o mantener a los pacientes limitados a un tipo de servicio. La continuidad de los cuidados puede proporcionarse asignando a un equipo o a un profesional la gestión del caso, siendo el referente permanente para ese paciente. Esto plantea la necesidad de la libre transferencia de la información clínica, reuniones de coordinación y una relación permanente de todos los dispositivos e instituciones que forman parte del sistema asistencial.

La continuidad de cuidados debe cumplir criterios ligados a una fácil accesibilidad (no hay barreras geográficas, económicas o psicológicas), disponibilidad (garantía de que el paciente puede acceder al servicio cuando lo necesite), flexibilidad, adaptabilidad, tutorización (el paciente tiene una relación estable y continuada con un referente del sistema) y participación activa del paciente en el proceso. Esto requiere que la atención esté coordinada entre los diferentes profesionales, dispositivos, organizaciones y a lo largo del tiempo, (Bravo Ortiz, coord. 2000, 56-57).

Esta misma autora, enfatiza que el soporte comunitario requiere la colaboración entre el sistema sanitario (a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos), y el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados. Ya que los problemas de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desbordan a menudo la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental, (Rodríguez y Bravo Ortiz 2003, 17).

Y esto no es una cuestión banal, la complejidad del abordaje de la salud mental requiere una integración funcional de todos los recursos sanitarios, públicos y concertados responsables de la atención y de estos con los recursos sociales, judiciales, educativos, de formación, de empleo... para permitir desarrollar eficazmente las actividades preventiva, curativas y rehabilitadoras. De otro modo la respuesta asistencial será contradictoria e ineficaz.

3.2.5 Los profesionales y el equipo asistencial

La implementación de la reforma psiquiátrica ha producido importantes cambios en las condiciones de atención a los enfermos mentales, tanto en la diversidad como en la calidad de los servicios que se les ofrecen. Esto muy vinculado a los profesionales y a cómo se organiza el trabajo. A diferencia con otros ámbitos de la sanidad, la atención a la enfermedad mental no requiere grandes tecnologías, ni inversiones en aparatos diagnósticos o terapéuticos. La calidad del servicio depende de la competencia de sus profesionales, de la disponibilidad del tiempo necesario para la atención individual y una coordinación efectiva de todos los servicios y profesionales implicados. Es por esto que en la planificación de la Reforma Psiquiátrica el capítulo de “los profesionales” tiene un gran peso, en esencia por los cambios (formativos, de competencias, de compromiso, de implicación...), que supone.

Hasta los años 80, los profesionales dedicados a la asistencia a la enfermedad mental se ubicaban en hospitales psiquiátricos, dependientes de las Diputaciones y con muy poca función terapéutica, también en las escasas consultas de neuropsiquiatría, abarrotadas y con una función meramente de dispensadoras de fármacos y por último en los Hospitales Universitarios y Generales del INSALUD que comenzaban a crear Unidades de Agudos, en las que se hacía “*docencia, investigación y asistencia y por ese orden*”, (Chicharro Lezcano, 2007, 97).

En estos servicios aunque compartían espacio profesionales de diferentes disciplinas no se trataba de equipos multidisciplinares, ni de trabajo en equipo. La asistencia giraba en torno a las órdenes médicas, sus prescripciones eran ejecutadas por los otros profesionales que actuaban siempre por delegación. La nueva política sanitaria supuso una nueva concepción de la asistencia, plantea la necesidad de trabajar desde una concepción bio-psico-social, que conduce a ampliar la perspectiva y a que progresivamente vayan incorporándose nuevas disciplinas a los equipos, profesionales que vienen a complementar y apoyar la labor del psiquiatra, (Menéndez Osorio, 1998, 145).

Con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma (Ministerio de Sanidad y Consumo 1985), recogido en el Capítulo III Título I de la Ley general de Sanidad, aprobada en 1986, se inició oficialmente el proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud. Como ya se ha visto en apartados anteriores, todas las prestaciones y servicios de salud mental se incorporaron por primera vez a los servicios generales de asistencia sanitaria y en igualdad de condiciones al resto de problemas de salud. Prestaciones que según señala la Ley, deben desarrollarse de acuerdo con el modelo comunitario y, en consecuencia exige modificaciones en la organización del trabajo y en las técnicas asistenciales.

El objetivo es un acercamiento al entorno de los pacientes que cobran un protagonismo hasta ahora desconocido (Ibáñez et al. 2001, 91). Y en el que el proceso salud enfermedad se entiende desde unos parámetros diferentes al modelo biológico y los derechos de los enfermos y su mayor normalización se considera prioritario, (Chicharro Lezcano 2007, 98).

La primera referencia en relación a los profesionales que aparecen en el informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica (1985), es la propuesta de *“Formación y reciclaje de sus profesionales, movilizándolo sus recursos humanos y reorientándolos hacia otras actividades y unidades asistenciales”*. considera entre los medios e instrumentos básicos necesarios para el desarrollo del modelo: *“La adecuación, aprovechamiento y capacitación del conjunto de recursos humanos del sistema de salud mental, mediante las acciones necesarias para la formación del personal sanitario”*. Y abundando en la importancia de una formación reglada y efectiva: *“El establecimiento de normas generales de acreditación y control de calidad de unidades y centros con competencia en salud mental y asistencia psiquiátrica, y su control mediante las medidas administrativas correspondientes”*, (Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985, 30, 36 y 45).

Estos principios quedan detallados en el apartado de recomendaciones y propuestas de la Comisión Ministerial:

«Amortización de parte de los recursos [...] para la contratación de otros profesionales necesarios en el equipo especializado. [...] Facilitando la derivación del personal asistencial de las instituciones hacia la actividad extrahospitalaria en el área de salud. [...] Favorecer un proceso de homologación de los profesionales provenientes de las diferentes administraciones que facilite su plena integración en los equipos», (Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985, 47-50).

Dedicando íntegramente el capítulo VII a las propuestas de adaptación de la formación de los diferentes profesionales: (a) Revisar los planes y programas de formación pre y postgraduada de forma que incluyan aquellos aspectos teóricos el nuevo modelo propuesto. (b) Modificar los programas de formación postgraduada de los médicos de familia y de atención primaria, los especialistas en psiquiatría y enfermería psiquiátrica, y la creación para los profesionales de la psicología en el área clínica. (c) los médicos de familia, durante un periodo de 3-6 meses su formación se llevará a cabo en servicios

acreditados de salud mental con el objetivo de capacitarse en la aplicación de tratamientos psicofarmacológicos, técnicas de entrevista y manejo psicológico, criterios de seguimiento y derivación. (d) la formación postgraduada de los psicólogos en el área de salud mental será mínimo de dos años. (c) Regular la formación del personal auxiliar de enfermería psiquiátrica, definiendo su cualificación profesional. (d) Que la administraciones públicas subvencionen la formación continuada para los distintos profesionales sanitarios, potenciando especialmente la cualificación en salud mental de los equipos de atención primaria, (Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985, 52-53).

Estas propuestas suponen una revolución en las profesiones implicadas, una revolución a nivel de competencias, de modelo de trabajo, de compromiso, de supervisión y también importantes exigencias a nivel formativo.

Nos centraremos primero en los conceptos en los que se fundamenta el trabajo en equipo, y terminaremos el capítulo concretando el devenir de los planes formativos de las diferentes profesiones que fundamentalmente forman parte de los equipos. Planes que recogen las funciones asistenciales que evolutivamente pasan a desempeñar las diferentes profesiones.

3.2.5.1 Equipos multidisciplinares

El modelo comunitario de asistencia a la salud mental lleva implícito, al menos en teoría, un modelo de funcionamiento que se ha llamado de diferentes formas: trabajo en equipo, equipo interdisciplinario, equipo técnico. Un tipo de organización en la que participan diferentes profesionales y diferentes saberes, cuyo fundamento es abordar los problemas y casos de forma integral.

El término interdisciplinariedad surge por primera vez en 1937 y le atribuyen su invención al sociólogo Louis Wirtz. Se aplica en el campo pedagógico al tipo de trabajo científico que requiere metodológicamente de la colaboración de diversas y diferentes disciplinas. En la medida que los conocimientos se hacen cada vez más complejos y extensos empezaron a aparecer especialistas en cada uno de esos campos. Esa especialización, a la vez que profundiza en un aspecto del conocimiento, establece fronteras que limitan espacios del saber, (De la Revilla, 1992, 91-100).

Un mundo complejo y la salud mental lo es, va a requerir la intervención de diferentes especialistas. Como apunta Tizón García(1992, 13), *“las respuestas rutinarias o individualistas van a ser insuficientes para atender y hacer frente a las demandas asistenciales [...]La organización cambia de arriba abajo, de una práctica basada en los médicos especialistas hay que pasar a una práctica basada en múltiples profesionales (por ej. Enfermería, Trabajadores Sociales, Psicólogos”*. En el mismo sentido Vallejo Jiménez (1997) señala que dar cuenta del trabajo en Salud Mental no es posible sino a través del prisma de cada una de las distintas disciplinas. La filosofía de la reforma

psiquiátrica propone una atención global a la población y la perspectiva de intervención pasó a ser grupal, multiprofesional.

La OMS (1973) definió un equipo de salud como aquella “*Asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas y profesionales, con un objetivo común, que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible. Al que cada uno de los miembros contribuye conforme a su competencia y capacidad, y en coordinación con las funciones de los demás*”.¹⁵⁷

Esta concepción de trabajo grupal tiene numerosos matices. Conviene concretar los conceptos que se tratan cuando se habla de los enfoques en el trabajo en equipo (multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario):

Siguiendo a Elichiry (2009),¹⁵⁸ el enfoque multidisciplinario es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas. La característica de esta perspectiva es su visión atomística de la realidad y un total aislamiento respecto de toda demanda social.

Así en el campo de la salud mental el enfoque multidisciplinario da cuenta de las disciplinas, ciencias o ramas del conocimiento que de algún modo tienen que dar razón del saber sobre un problema concreto. Pone a trabajar juntas a diferentes disciplinas individuales que bien pueden dedicarse a su área de especialidad sin que haya necesariamente coordinación de esfuerzos con otras disciplinas, trabajando así de forma paralela.

En nuestro campo confluyen disciplinas como la psiquiatría, la psicología, la enfermería de salud mental, trabajo social, terapia ocupacional. La necesidad de atender un problema complejo cuya respuesta resulta insuficiente si se plantea desde una sola perspectiva disciplinaria. En este sentido Malone et al. (2007) abundan en la idea de una sociedad confrontada con problemas de complejidad creciente que ineludiblemente necesita la colaboración de diferentes ámbitos científicos:

«La colaboración Interdisciplinaria básica ésta guiada por el problema y se realiza a nivel de la convergencia de problemas. El paciente es en este caso el punto de partida no las disciplinas individuales que se saben insuficientes para abarcar todos los aspectos que contribuyen a resolver los problemas, aquí prima la integración y producción de conocimiento, sobre la base de la interdependencia», (Malone et al. 2007).¹⁵⁹

¹⁵⁷ Citado página de la Asociación Atención Primaria, 12 meses para 12 causas (APXII). Disponible en: https://apxii.wordpress.com/2011/10/12/trabajo_en_equipo_en_ap/

¹⁵⁸ Elichiry N. (2009). Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional. Buenos Aires, Manantial.

¹⁵⁹ Malone D. Newron-Howes G. Simmonds S. Marriot S. Tyrer P. (2008). Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:

Menéndez Osorio (1998), diferencia las dos formas de enfocar el trabajo en equipo:

«Si multidisciplinariedad se refiere a las disciplinas y ramas del conocimiento, interdisciplinariedad se refiere al modelo de aplicación, al método cómo estas disciplinas se aplican o se realizan. La interdisciplinariedad no es una yuxtaposición ni una suma de saberes en cadena, ni un conglomerado de actuaciones grupales, ni el troceado a la carta de las distintas terapias. La interdisciplinariedad es una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. Es, por tanto, una forma de entender y abordar un fenómeno o una problemática determinada», (Menéndez Osorio, 1998, 146).

El trabajo desde una perspectiva interdisciplinar supone tanto articularse como interactuar sobre una problemática concreta y determinada, estableciendo el encuentro y la cooperación entre varias disciplinas, aportando cada una de ellas su particular modo de entender los problemas y sus métodos de trabajo.

Supone asimismo una apertura al saber y al campo de conocimiento y de aplicación de otras ciencias, confluendo sus intervenciones en un intercambio horizontal de sus saberes, aplicando sus conocimientos sobre el caso, realidad o problemática concreta sin totalitarismos, reduccionismos o imposiciones de una disciplina hacia otra.

Un paso más en esta complejidad viene de la idea de transdisciplinariedad, como principio de unidad del conocimiento más allá de las disciplinas (Nicolescu 2002). Según este autor, se trata de una práctica y un quehacer holístico, que trasciende las divisiones tradicionales del saber y el conocimiento y que, sobre todo, se orienta hacia cuestiones del mundo real, más que a aquellos otros que cuyo origen y relevancia sólo interesa al debate científico, abordando en consecuencia conjuntos problemáticos en lugar de territorios de saber epistemológicamente delimitados. Para lo cual, se hace necesario un enfoque integrador de saberes con capacidad para funcionar sistémicamente

Un estilo transdisciplinar de investigación puede sólo emerger si las personas expertas interactúan en forma de discusión abierta y de diálogo, aceptando cada perspectiva como de igual importancia y relacionando las diferentes perspectivas entre ellas. Requiere que varias disciplinas se organicen en torno a un único paradigma teórico o adopten de forma conjunta una metodología particular, Martínez Miguélez. (2001) describe esta perspectiva:

«... los participantes trascienden las propias disciplinas (o las ven sólo como complementarias) logrando crear un nuevo mapa cognitivo común sobre el problema en cuestión, es decir, llegan a compartir un marco epistémico amplio y una cierta meta-metodología que les sirven para integrar conceptualmente las diferentes orientaciones de sus análisis: postulados o principios básicos, perspectivas o enfoques, procesos metodológicos, instrumentos conceptuales, etc... Pero Este tipo de investigación es, sobre todo, un ideal muy escasamente alcanzado hasta el momento», (Martínez Miguélez, 2001, 9).

Bellido Mainar (2007), en su ponencia: “*El equipo interdisciplinar: una oportunidad para activar sinergias*”, expresa de forma muy didáctica la necesidad de articular el trabajo en salud mental de un modo coordinado e interdisciplinar. Por ejemplo relata el número de profesionales que tendría que intervenir con un paciente psiquiátrico a lo largo de un año, concluyendo que podría rondar “*los 45 profesionales de más ocho disciplinas profesionales diferentes.*” [...] “*Si los equipos profesionales no somos capaces de generar dinámicas internas de trabajo coordinado, todo el abanico de alternativas terapéuticas que ofrecemos pueden convertirse una amalgama de servicios que se presentan de forma caótica profundizando en los sentimientos de confusión y desorientación que acompañan a la enfermedad mental*”, (Bellido Mainar, 2007, 2-3).

Este autor defiende que el modo de enfrentar el paso de un equipo multiprofesional a un equipo interprofesional pasa por el aprendizaje de la gestión del conflicto. Utiliza para ello modelos provenientes del campo psicosocial que explican el origen del conflicto y la forma de abordarlo. Propone tres modelos: el modelo de las metas supraordenadas, el modelo de las categorías sociales y el modelo de la construcción social del conflicto.

El primer modelo (las Metas Supraordenadas o Teoría del Realismo Social), sitúa el origen del conflicto en la divergencia de intereses particulares entre los miembros del equipo. Estos intereses confrontados son muy visibles en la realidad cotidiana de los servicios. Por ejemplo, la necesidad de hacerse hueco en el conjunto de profesiones defendiendo intereses corporativos más que el interés general. Otro ejemplo es la defensa de los largos años de experiencia como mecanismo para el inmovilismo e incluso boicotear el trabajo de otros.

Otros intereses particulares que chocan con la tarea y que generan conflicto dificultando el funcionamiento, son las situaciones en las que las expectativas de algún miembro se enfocan al desarrollo de su propia carrera profesional o de quien percibe las relaciones de equipo de un modo paternalista, jerarquizada o autoritaria.

El segundo modelo como la teoría de la identidad social parte de la tendencia humana a crear categorías sociales, con objeto de simplificar un entorno complejo, conduce a reducir y exagerar los aspectos que nos diferencian. En nuestro campo serían aplicables los estereotipos con los que definimos las diferentes profesiones, por ejemplo el de las pastillas, el de las inyecciones o las curas, el de las manualidades, el de las ayudas... Proceso que ineludiblemente dificulta el trabajo interdisciplinar y que sitúa el origen del problema en la mente de las personas.

El tercer modelo, constructivista, sitúa el conflicto como una construcción social, en la que cada uno tiene su propia narración de lo que está sucediendo, narraciones cerradas que dificultan cualquier proceso de cambio, (Bellido Mainar, 2007).

Así Bellido concluye que:

«No solamente necesitamos trabajar en equipo sino que además necesitamos incorporar una metodología científica de trabajo en equipo. Es imprescindible que los equipos de trabajo nos dotemos de una formación continuada acerca de los métodos de trabajo en equipo que hayan demostrado su efectividad», (Bellido Mainar, 2007, 3).

Como vemos, hablar de trabajo en equipo, es hablar de procesos muy complejos en los que siempre aparece el conflicto. Conflictos que son propios de la convivencia humana y más aún cuando entran en juego sentimientos profundos movilizados en la convivencia cotidiana con la enfermedad mental, con la necesidad de un cambio de rol, partiendo de uno muy establecido tradicionalmente y también con la necesidad de definir campos competenciales en rivalidad con profesiones próximas.

Una perspectiva es entender estos conflictos, no como obstáculos sino como una oportunidad de crecimiento. Así se encuentra en el funcionamiento en equipo una forma diferente de entender la enfermedad mental, un modo distinto de organizar el trabajo, un cambio de mentalidad y, fundamentalmente, la integración de diferentes saberes con un mismo objetivo: la prevención, la recuperación o la rehabilitación de la enfermedad mental. Experiencia que solo puede alcanzarse con la convivencia y conocimiento de las otras disciplinas, sus métodos de valoración, procedimientos de intervención, sus niveles de evidencia científica y su tradición práctica.

Un paso importante en este sentido, lo ofrece la regulación de las especialidades de las profesiones implicadas (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias), y especialmente, el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, “*por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada*”. Real Decreto que desarrolla toda la normativa relacionada con la formación especializada en ciencias de la salud (figura del tutor, comisiones docentes, procedimientos de evaluación).

Y un aspecto clave: establece en su artículo siete que en las especialidades multiprofesionales. “*existirá una unidad docente por cada especialidad, en la que se formarán todos los titulados relacionados con esa rama formativa en ciencias de la salud*”, las unidades docentes multiprofesionales según el anexo II de este Real Decreto son: Salud Mental, Pediatría, Atención familiar y comunitaria, salud laboral, geriatría y obstetricia y ginecología. E introduce los criterios de troncalidad:

«Con la troncalidad se pretende, que los profesionales sanitarios, a través de las competencias adquiridas en el periodo de formación troncal aprendan a abordar desde las primeras etapas de su formación especializada, los problemas de salud de una manera integral y a trabajar de la forma más adecuada para poder proporcionar una atención sanitaria orientada a la eficaz resolución de los procesos de los pacientes, con el enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar que el estado actual de la ciencia requiere. Además se persigue, la flexibilización del catálogo de especialidades en Ciencias de la Salud, que en muchos casos se han configurado como compartimentos estancos aislados entre sí, derivando en un encasillamiento excesivo de los profesionales y en dificultades para el abordaje de los

problemas de salud en equipos pluridisciplinarios de especialistas», (Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, preámbulo).

El desarrollo de la troncalidad es clave para avanzar en la cultura y formación en el trabajo en equipo. Se hace efectivo con la publicación del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, “*por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica*”. En él se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.

La articulación de la formación especializada en unidades docentes multiprofesionales y sobre un tronco común, como la salud mental, supone un espacio formativo donde las diferentes profesiones implicadas Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de salud mental, realizan su especialización conjuntamente en aspectos formativos que competen a todas las disciplinas, junto a aspectos específicos de cada una de ellas (paradigma, metodología, conocimientos, habilidades...). Y esencialmente bajo una “*visión integral de las personas que demandan la atención sanitaria, posibilitando así una mejora en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes*”, (Real Decreto 639/2014, preámbulo).

La realidad es que aunque su implantación está siendo muy lenta e incompleta, no podemos dejar de vislumbrar una esperanza en la importante misión de avanzar en aspectos que favorezcan un trabajo en equipo en la línea interdisciplinaria. El potencial de cada uno de los miembros del equipo se multiplica gracias a la interacción horizontal y la intersección de los conocimientos que genera un nuevo saber.

3.2.5.2 Planes formativos y funciones

Aunque nuestro foco principal en la enfermería de salud mental, también es oportuno revisar de forma sucinta la formación de los profesionales que participan en los equipos interdisciplinarios. Para ello revisaremos por orden cada una de las disciplinas y especialidades que integran el equipo de salud mental, centrándonos en dos aspectos: (a) el tránsito legislativo hasta la configuración de la formación actual y (b) las funciones asistenciales específicas y comunes.

Las funciones asistenciales de cada disciplina quedan reflejadas en los planes formativos de cada una de las especialidades o profesiones, lo que se expresa bajo el concepto de competencia profesional. Competencia profesional se define como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las “Buenas Prácticas” de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean. Este enfoque conceptual se centra en lo que al profesional le compete como miembro del equipo, (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003, Art. 42).

(i) Psiquiatría

La especialidad de psiquiatría en España aparece por primera vez, nombrada como una necesidad en una Real Orden (R.O.) de diciembre de 1926, en ella se recoge la propuesta emitida en su informe una Comisión de expertos que estudió el grave problema relativo a la asistencia de los alienados en España. Entre otras cosas expresa la necesidad de creación de una Escuela de Psiquiatría. Real Orden que no se desarrolló hasta el periodo republicano cuando se crean las primeras Cátedras de Psiquiatría en Madrid (1933) y Barcelona (1934).

Con la Ley de Especialidades del 20 de julio de 1955, se hace la primera formalización en España de la formación médica. En ella aparece también por primera vez una relación de las 31 especialidades médicas que hay en España, entre ellas la Psiquiatría como especialidad diferenciada de la Neurología, y se establecen las normas y requisitos para la obtención del título de especialista.

Durante este periodo, hasta la creación del sistema MIR, *“el título de especialista en España se obtenía simplemente con la acreditación a través de las Facultades de Medicina de que se había trabajado un mínimo de dos o tres años en algún centro psiquiátrico fuera el que fuera y se hiciera lo que se hiciera”*. (Palomo Álvarez, coord. 2000, 14).

Todavía puede añadirse que hasta principios de los años setenta incluso existía la posibilidad de obtener la titulación de especialista mediante la mera acreditación de haber estado inscrito durante dos años en un Colegio Médico declarando ejercer la práctica de la especialidad. Sin exigencia de aportar acreditación alguna ni ningún otro requisito. Por extraño que desde la perspectiva actual parezca, constituía un procedimiento de obtener el título de especialista altamente utilizado, proporcionando un documento acreditativo oficial exacto, y hasta la actualidad igualmente válido, al obtenido por las otras vías.

Con el Real Decreto de 15 de julio de 1978, se inicia el Sistema de formación para Médicos Internos y Residentes (MIR). En él se establece que los futuros especialistas solamente se podrán formar en centros debidamente acreditados, bajo un contrato laboral remunerado. Por primera vez se establece un programa formativo y se marcan cuatro años de duración de la formación.

Hasta entonces sólo algunos hospitales avanzados había incluido en su proceso de reorganización y jerarquización la formación especializada (finales sesenta y primeros setenta) regulándola en planes tipo MIR, que ya recibieron dicha denominación (Grandes ciudades sanitarias y algunos psiquiátricos, como Asturias, Conxo, Pere Mata, Salt y Granollers).

Con este Real Decreto, se crea también la Comisión Nacional de la Especialidad y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. La primera convocatoria que se realizó

para todo el Estado es en 1979. Los primeros MIR de Psiquiatría, 38 en total, se incorporaron a las unidades acreditadas en los primeros meses de 1980.

En el inicio de la reforma psiquiátrica, la formación de especialistas en Psiquiatría estaba regida por el Real Decreto 127/1984, de 11 de Enero, por el que se reguló la formación especializada y la vía para la obtención del título de especialista. En él ya se desarrollan plenamente y se llevan a efecto los aspectos reseñados el RD de 1978 adaptándolo a las nuevas necesidades. Las comisiones de docencia fueron organizadas y reguladas por Orden de 22 de Junio de 1995, recogiendo los requisitos y funciones de los tutores y los sistemas de evaluación de la formación de médicos especialistas.

La guía de formación de especialistas en psiquiatría fue aprobada en abril de 1996. Entre el año 1980 y 2000 el número de alumnos de las facultades de medicina fue muy superior al de plazas MIR, por lo que aproximadamente el 40% de los médicos ejercieron sin la especialidad correspondiente, al tiempo que se formaban por otras vías y adquirían experiencia. Siendo imprescindible el título de especialista para ejercer la Medicina en este país hubo que regular un procedimiento excepcional de acceso al título de médico especialista. Cabe mencionar lo que expresa el RD 1497/1999

«Circunstancias de índole histórica y de carácter interno, así como las propias normas europeas, han venido condicionando la estructura de la profesión médica en España, a la que afectan determinados problemas puntuales originados por un número inusualmente elevado de alumnos en las Facultades de Medicina durante la década de los años setenta y por una capacidad formativa del sistema sanitario inicialmente limitada. Ambos aspectos han sido ya suficientemente corregidos, pero las diferencias producidas con anterioridad determinaron que un cierto número de médicos no pudieran acceder a la formación especializada oficial. Ello, unido a la necesidad que en esa época existía de médicos especialista en nuestro sistema sanitario, hizo que licenciados en Medicina accedieran a distintos hospitales, centros sanitarios y unidades docentes, iniciando una formación médica especializada no oficial, pero que bajo la supervisión de los correspondientes jefes de las unidades podría haber resultado equiparable, en determinados casos, a la establecida para cada especialidad», (BOE. Real Decreto 1497/1999, preámbulo).

Hasta la fecha se ha realizado en dos ocasiones. Una en 1994 por el Real Decreto 1776/1994, de 5 de agosto, por el que se regula el acceso a la titulación de Médico Especialista a determinados Licenciados en Medicina y Cirugía (se requiere acreditar haber iniciado una formación como especialistas antes de la fecha de entrada en vigor del Real Decreto 127/1984 por alguno de los procedimientos previos).

Y otra, en 1999 con el Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de Médico Especialista, en el que se exige además de acreditar una formación extraoficial, experiencia superior al 170 por 100 del periodo formativo reglado y someterse a una prueba teórico práctica.

La legislación comunitaria sobre cualificaciones (directiva 2005/36/CE) impide abrir un tercer proceso de titulación extraordinaria.

El último programa aprobado y vigente actualmente nos remite a la Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.¹⁶⁰

Sus funciones quedan resumidas en el siguiente cuadro:

Cuadro 4: Funciones del especialista en Psiquiatría

- | |
|--|
| <p>a) Diagnóstico, tratamiento y programas de rehabilitación ajustados a los conocimientos psiquiátricos actuales.</p> <p>b) Buscar una atención integral a los enfermos, considerando la carga social de los pacientes en los planteamientos y programas terapéuticos.</p> <p>c) Acceder a la información adecuada y aplicarla en la clínica y en la formación del personal sanitario en temas de salud mental y psiquiatría.</p> <p>d) Desarrollar, implementar y monitorizar una estrategia personal de formación continuada.</p> <p>e) Integrar la investigación «básica-preclínica» en la solución de los problemas concretos que incumben a los clínicos.</p> <p>f) Potenciar la investigación «clínica-aplicada» por sus implicaciones clínicas y como avance del conocimiento.</p> <p>g) Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos y a la formación de otros profesionales de la salud.</p> <p>h) Establecer una relación terapéutica adecuada y obtener la información relevante precisa en cada fase de la actuación médica.</p> <p>i) Comunicarse con los equipos asistenciales, para facilitar una acción sinérgica y la difusión de sus aportaciones en el campo de la disciplina.</p> <p>j) Contribuir y participar de forma eficaz en otras actividades de equipos inter-disciplinares.</p> <p>k) Identificar los factores de la salud que afectan a los pacientes y participar en la promoción de la salud y en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental.</p> <p>l) Actuar de modo eficiente en el sistema sanitario, equilibrando la asistencia a los enfermos y las necesidades de aprendizaje.</p> <p>m) Mantener, de modo especial, una práctica clínica y una actitud que preserve el respeto por los pacientes y su derecho a elegir libremente.</p> <p>n) Proporcionar con integridad, honestidad y humanidad una asistencia de máxima calidad y evaluar de modo sistemático sus actuaciones en todos los ámbitos profesionales.</p> <p>o) Liderar, cuando sea preciso, un equipo multidisciplinar de atención psiquiátrica.</p> |
|--|

Fuente: ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. (En negrita las funciones específicas).

¹⁶⁰ ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. <http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/16/pdfs/A37916-37921.pdf>

(ii) Psicología Clínica

La primera Facultad de Psicología española se crea en la Universidad Complutense de Madrid en 1978, a la que seguirán numerosas facultades por todo el país. Previamente existía la figura del psicólogo, profesión a la que se accedía desde otras formaciones, especialmente desde filosofía.

En 1979 se crea por Ley el Colegio Oficial de Psicólogos y a comienzos de los ochenta algunas administraciones locales, municipales y ciertas Comunidades Autónomas comienzan a incorporar nuevos modos de atención y nuevos profesionales. Produciéndose la primera incorporación significativa de psicólogos a servicios sanitarios públicos, (Olabarriá, 1998, 3-4).

En cuanto a la figura de Psicólogo Clínico, el primer programa Psicólogo Interno Residente (PIR,) con un esquema de residencia se implantó en la Comunidad Autónoma de Asturias en 1983, coincidiendo con los primeros movimientos reformistas, seguidamente fueron poniéndose en marcha otros programas PIR autonómicos (Andalucía en 1986, Navarra en 1988, Madrid en 1989 y Galicia en 1990). Iniciativas que se enmarcan dentro de los procesos de reforma sanitaria, y más concretamente en las reformas de salud mental llevadas a cabo por dichas comunidades.

En 1992 el Ministerio de Sanidad constituye un Grupo de Expertos para la elaboración del Programa de Formación PIR estatal y el estudio del proceso de acreditación de unidades docentes, teniendo como referentes los programas PIR autonómicos y los sucesivos documentos elaborados por el Colegio Oficial de Psicólogos y la AEN hasta esa fecha. Siendo estos trabajos la base de la primera convocatoria PIR estatal, que se realiza en octubre de 1993. En 1995 se crea la Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica (CNPEPC) semejante al resto de Comisiones Nacionales de Especialidades.

En 1996 los Ministerios implicados aprueban el Programa de la Especialidad de Psicología Clínica propuesto por la CNPEPC y que aparece publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en la Guía de Formación de Especialistas de dicho año.

Este proceso concluye con la aprobación del Real Decreto el 20 de noviembre por parte del Consejo de Ministros y su publicación en el BOE el 2 diciembre de 1998, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, bajo el sistema PIR en centros sanitarios y unidades docentes acreditadas para la formación en la especialidad.

En este Real Decreto se regula también el acceso a la especialidad de los licenciados en Psicología que acrediten haber ejercido las actividades profesionales propias de la Especialidad de Psicología Clínica, con anterioridad a la entrada en vigor de este Real Decreto, durante un periodo superior en 150% del tiempo fijado en el programa formativo.

La publicación de la Orden Ministerial PRE/1107/2002 por el que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, amplió el periodo computable para cumplir el tiempo de ejercicio profesional, permitiendo que los licenciados que quedaron excluidos en el anterior proceso pudieran optar al título, y abrieron asimismo, un nuevo plazo de presentación de solicitudes, que fue de seis meses desde la entrada en vigor del Real Decreto.

Posteriormente la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias limitó la intervención en el ámbito sanitario a los Licenciados en Psicología con la especialidad en Psicología Clínica.

Un amplio sector de la profesión psicológica se vio privado de acceder al servicio sanitario público e incluso podían incurrir en ilegalidad en el servicio privado de su actividad. Esto último queda solventado con La Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los anexos del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Esta Orden introdujo una modificación en el citado Real Decreto de manera que se podría autorizar la apertura de consultas de Psicología por licenciados que no dispusieran de la especialidad.

La Disposición Adicional Séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, Ley General de Salud Pública, reguló la profesión del psicólogo sanitario generalista con la denominación de Psicólogo General Sanitario. Esta norma detalla sus funciones: *“la realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora del estado general de su salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios”*¹⁶¹. Además, establece como requisito para ejercerla poseer el título de licenciado/graduado en Psicología y el título oficial de Máster en Psicología General Sanitaria de 90 créditos europeos (ECTS) de contenido específicamente sanitario, de los cuales, al menos 30 corresponderán a prácticas presenciales en centros autorizados. Formación que no habilita para trabajar en servicios sanitarios públicos.

Para ejercer como psicólogo en los equipos de salud mental es necesario contar con el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, sus funciones quedan resumidas en el siguiente cuadro:

¹⁶¹ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Disposición Adicional Séptima, punto 1, p 104622

Cuadro 5: Funciones del especialista en Psicología Clínica

- a) Identificar y evaluar los factores psicosociales de riesgo para la salud mental y la salud en general.
- b) Identificar los trastornos y enfermedades mentales, así como cualesquiera otros problemas, enfermedades, o disfunciones, que inciden en la salud mental y física de las personas.
- c) **Realizar el diagnóstico de los trastornos mentales, según las clasificaciones internacionales, y establecer diagnósticos diferenciales, recurriendo para todo ello a los procedimientos de evaluación y diagnóstico psicológicos pertinentes y suficientemente contrastados.**
- d) Establecer previsiones sobre la evolución de los problemas identificados y de los factores relacionados, así como de sus posibilidades de modificación.
- e) Elaborar una programación y evaluación adecuadas de las intervenciones asistenciales, de prevención y promoción necesarias para el restablecimiento o, en su caso, la mejora de la salud y el bienestar.
- f) Diseñar y aplicar programas de intervención y tratamiento específicos, mediante las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pertinentes y suficientemente contrastados.
- g) Realizar actividades de asesoramiento, interconsulta y enlace con otros profesionales y servicios y formar parte de equipos con profesionales de la medicina de diferentes especialidades.
- h) Manejar situaciones de urgencia.
- i) Diseñar y aplicar las intervenciones psicológicas en los procesos asistenciales de las enfermedades físicas.
- j) Identificar e intervenir en situaciones de crisis individuales, familiares y comunitarias.
- k) Desarrollar tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas, en especial los vinculados con la atención a la salud mental.
- l) Organizar el trabajo teniendo en cuenta su inclusión en una planificación global. Elaborar o contribuir a dicha planificación, con el concurso en su caso de otros profesionales.
- m) Elaborar procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones, programas y servicios, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial.
- n) Recoger, analizar y transmitir información colaborando en la cumplimentación de los protocolos y sistemas de información establecidos.
- o) Participar en todas las actividades de coordinación necesarias para el desarrollo de las actividades y los programas del equipo en el que se desarrolla su actividad.
- p) Conocer, relacionar y optimizar los recursos sanitarios y no sanitarios existentes en el medio en el que actúe, fomentando todas aquellas iniciativas que tiendan, con criterios de eficacia y eficiencia, a la mejora del nivel de salud de la población.
- q) Promover las actuaciones tendentes a favorecer actitudes individuales, sociales e institucionales de respeto, integración, apoyo y cuidado de las personas con trastornos y enfermedades mentales, comportamentales, físicos, o de cualquier otra índole, con especial cuidado en evitar, corregir, y prevenir comportamientos y actitudes que supongan la estigmatización de las personas que sufren de tales trastornos y enfermedades
- r) Aportar conocimientos teórico-técnicos en los diferentes niveles de colaboración establecidos con otros profesionales, así como a recibir sus aportaciones y valoraciones críticas.
- s) Diseñar, programar, dirigir, organizar, y participar, en acciones formativas para los equipos y programas a través de una metodología que favorezca el aprendizaje activo: sesiones clínicas, bibliográficas, de actualización y contrastación de conocimientos, de supervisión, de seguimiento, de investigación, y de formación continuada.
- t) **Supervisar y tutorizar las actividades de los psicólogos clínicos en formación, y colaborar en la formación de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, involucrados en la mejora de la salud de las personas y la sociedad.**
- u) Diseñar, desarrollar, aplicar, dirigir, coordinar, y evaluar investigaciones sobre la salud humana, y colaborar con las que realicen otros equipos, dispositivos e instituciones.

Fuente: Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. (En negrita las funciones específicas).

(iii) Enfermería Salud Mental.¹⁶²

Las primeras disposiciones legales relativas a la enfermería psiquiátrica aparecen en la Gaceta de Madrid de 20 de mayo de 1932, (Orden Ministerial de 16 de mayo de 1932 por las que se estructura de forma inicial, la formación, funciones y titulación del enfermero psiquiátrico). En esta norma se reguló un programa mínimo que serviría de base para el examen de titulación, que habría de hacer después de dos años de estancia en un hospital en concepto de formación práctica. Estos exámenes se llevaron a cabo hasta el año 1936, siendo interrumpidos por la Guerra Civil.

Durante el periodo posterior, la formación, reconocimiento y nominación de los profesionales que se dedicaban al cuidado de los enfermos mentales, fue diverso y variopinto, dependiendo de los intereses y criterios organizativos que primaron en cada momento en las diversas instituciones que regentaban establecimiento de asistencia psiquiátrica.

El decreto del 4 de diciembre de 1953 unificó los estudios de ATS. En esta norma se estableció que dichas enseñanzas se impartirían en escuelas tuteladas por las facultades de medicina, encomendándose su dirección a un catedrático de Medicina. De conformidad con lo dispuesto en el citado decreto, desde el año 1957 se fueron creando diversas especialidades de enfermería (Radiología, Pediatría, Análisis Clínicos), la especialidad de Enfermería Psiquiátrica tuvo lugar por medio del decreto 3193/1970, de 22 de octubre.

Así la especialidad de Psiquiatría para ATS fue creada por el Decreto 3193/1970. Siguió un modelo de formación académica de orientación eminentemente médica y sin apenas implicación asistencial.

Integrados los estudios de ATS en la universidad, en el seno de las nuevas escuelas universitarias de enfermería por el Real Decreto 2128/1977 de 23 de junio, se implantó la Diplomatura en Enfermería en el curso 1978-79, pero no se modificó el concepto de que las especialidades existentes (Asistencia Obstétrica, Radiología y Electrología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Psiquiatría, Análisis Clínicos y Urología y Nefrología) se referían a ATS. Por Orden de 9 de octubre de 1980 se autorizó transitoriamente a los nuevos Diplomados a cursar las especialidades existentes: las reconocidas para los antiguos ATS.

Coincidiendo con los nuevos modelos de atención que fueron surgiendo auspiciados por la reforma psiquiátrica, así como la incorporación de España en la Comunidad Económica Europea y la necesidad de adecuar la formación a las normativas comunitarias (Directiva de la CEE 80/155, del 21 de enero de 1980), se creó la necesidad de reordenar el número, contenido y denominación de las especialidades de enfermería, lo que

¹⁶² El desarrollo detallado de la creación y desarrollo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental se encuentra en el capítulo V, dedicado en su integridad a esta especialidad, baste aquí un somero resumen.

queda plasmado con la publicación del Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, se regula la obtención del título de enfermero especialista.

Pero este decreto se quedó parado y no tuvo ninguna repercusión hasta que en Orden de 1 de Junio de 1992 desarrolló el Real Decreto 992/1987, estableciendo las condiciones para obtener el título de enfermero-especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica Matrona. Y por fin una Orden Ministerial de 24 de Junio de 1998 estableciendo las condiciones para obtener el título de Enfermera especialista en Salud mental. En junio de 1998 se estableció el perfil profesional del Diplomado Universitario en Enfermería especialista en Salud Mental y se aprobó un programa formativo provisional de la especialidad.

El 4 de Agosto de 1998 se publicó, en el BOE núm.185, la primera convocatoria de la prueba selectiva para la formación de enfermeras especialistas en Salud Mental para el año 1999, al igual que la primera relación de las unidades docentes acreditadas y la oferta de plazas. Se propuso una formación con un sistema de residencia, siguiendo el modelo MIR (médicos) y PIR (psicólogos), a tiempo completo, con metodología docente de autoaprendizaje tutorizado, aprendizaje experiencial y evaluación continua, el programa de formación en este momento se desarrollaba a lo largo de un año, a tiempo completo, y obligaba, simultáneamente, a recibir formación y a prestar un trabajo que permitiese a la enfermera aplicar y perfeccionar sus conocimientos y que a la par le proporcionase una práctica profesional programada y supervisada.

La situación de provisionalidad llegó a su fin con Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, que establece las de Enfermería Obstétrico - Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica. Asimismo, anuló las especialidades de ATS y permite su reconversión en las nuevas categorías (por ejemplo, de especialistas en Psiquiatría a especialista en Salud Mental), así como la regulación del procedimiento de acceso a la especialidad por vía extraordinaria a los profesionales que reúnan determinados requisitos (4 años de experiencia previa a la publicación del decreto o dos años más una formación específica, siempre que se superase una prueba de la competencia diseñada a tal fin).

Con la Resolución BOE 17 de julio 2009. Se publican las bases de la convocatoria de la prueba objetiva sobre Especialidades de Enfermería. En ella se estableció el tipo de examen, composición del tribunal y otras cuestiones de índole administrativo. El 8 de diciembre 2009 al fin se convoca la prueba, concretando fechas, listado de admitidos y lugar de realización.

El plan formativo por el que se rige la especialidad actualmente fue aprobado en 2011 por Orden 1356/2011 de 11 de mayo en el que se aprueba y publica el nuevo plan formativo de la especialidad, ampliado a 2 años el periodo de formación.

Cuadro 6: Funciones del especialista en Enfermería de Salud Mental

- a) Prestar cuidados a personas, familias y grupos de acuerdo con el concepto de atención integral para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, tanto en la institución sanitaria como en el domicilio.**
- b) Colaborar y participar en la mejora de la calidad de los cuidados, diseñando protocolos y programas orientados a la atención psiquiátrica y de salud mental.
- c) Participar en las actuaciones del equipo multidisciplinar de salud mental, en la reinserción social y desinstitucionalización de los pacientes.
- d) Asesorar como experto en salud mental a profesionales de enfermería y a otros profesionales de la salud.
- e) Educar en materia de salud mental a la persona, a la familia, a los grupos sociales y a la comunidad.
- f) Colaborar en la formación de otros profesionales y en programas de formación continuada y autoformación sobre salud mental.
- g) Participar en la formación de los futuros profesionales de enfermería en materia de salud mental.**
- h) Actuar, siempre que se precise, como consultores de las diferentes administraciones, sociedades científicas y organismos nacionales e internacionales en materia de salud mental.
- i) Participar y/o dirigir y evaluar competencias relacionadas con la organización y administración de los servicios de salud mental.
- j) Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social de la Comunidad Autónoma, así como de las que se establezcan en el plan de actuación sobre salud mental que se halle vigente.
- k) Orientar y favorecer la conexión de los pacientes con la red de recursos sociales existentes en su Área, participando en las acciones de coordinación sociosanitarias que se determinen.
- l) Investigar en el ámbito de la enfermería de salud mental.
- m) Participar en proyectos de investigación con otros profesionales, así como con grupos de investigación de ámbito nacional e internacional.
- n) Aquellas otras que se les encomienden en relación con las anteriores o que, sin estar directamente relacionadas, tengan contenido material o funcional propio de la especialidad de salud mental.

Fuente: Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. (En negrita las funciones específicas).

(iv) Auxiliar Psiquiátrico.

Actualmente no se requiere una formación especializada para desempeñar la labor asistencial en el ámbito de la salud mental. Se accede desde el Ciclo Formativo de Grado Medio Técnico/a en Cuidados Auxiliares en Enfermería. Aunque no será porque no se ha luchado para conseguir una titulación específica como auxiliar psiquiátrico.¹⁶³

Hasta mediados los años 80, no se pedía ninguna formación para trabajar como cuidador en los centros psiquiátricos. Incluso se deduce de la experiencia propia que algunos de ellos procedían de niveles sociales muy rudimentarios (por supuesto sólo algunos). Un ejemplo de su consideración se recoge en el Reglamento de Trabajo de la Diputación Provincial de Sevilla para el personal no funcionario (1975). Se define al cuidador como: *“el trabajador mayor de 20 años que, sin conocimientos teóricos o prácticos de ninguna clase, ni preparación especial alguna, tiene en el Sanatorio Psiquiátrico la primordial misión de vigilar a los enfermos”*.¹⁶⁴ Los primeros movimientos que afectan a la profesión aparecen con la creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) (Ley 14/4 de 1955 de creación del PANAP), fruto de los planes de desarrollo de la última época franquista. Como ya se explicó en el capítulo que tratamos la historia de la asistencia en España, este Patronato tenía el objetivo de adecuar y centralizar la asistencia psiquiátrica.

Los hospitales que se integraban en el PANAP debían cumplir ciertos requisitos. Entre ellos se exigía que los cuidadores que se incorporasen a la plantilla tuviesen una formación que les habilitase para esta función. Su formación consistió en un curso de nueve meses, impartido en el propio hospital y siguiendo un programa común elaborado por el Patronato. Sólo se pedía a los nuevos profesionales, los antiguos podían realizarlos de forma voluntaria y en todo caso se buscaban motivaciones para que todos los cuidadores pudiesen acceder a formación continuada. La titulación garantizaba mejor consideración y a veces una mejor remuneración. De cualquier modo seguía sin existir ninguna regulación oficial y cada hospital se guiaba por sus propias normas.

En este periodo el colectivo de auxiliares se dividió en dos grupos. Los antiguos en gran medida reacios a todo cambio y especialmente a cualquier tipo de formación, refugiándose en sus años de experiencia. Los nuevos y más jóvenes que pronto sentían la necesidad de una formación específica y también, fácilmente se dejaban arrastrar por las nuevas corrientes reformistas.

Esta situación no exenta de conflictos, condujo a importantes movimientos para la profesión. Muchos profesionales detectaron que la reforma nunca podría avanzar sin

¹⁶³ Una descripción interesante de la situación de los Auxiliares y su papel en el movimiento reformista se encuentra en: Jeremías M. Hidalgo M. (1980). Movimiento de los auxiliares psiquiátricos. En González de Chávez M. (coord.). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid, Mayoría/A.E.N., p. 773-776.

¹⁶⁴ Conclusiones del V Congreso de Auxiliares Psiquiátricos, marzo de 1981 en La Rioja. El papel del Auxiliar Psiquiátrico dentro de la transformación de la asistencia psiquiátrica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. 1, nº 0, pp. 115-124 (116-117).

resolver el problema de los auxiliares. La respuesta más frecuente de las administraciones fue ofrecer formación a todos los cuidadores adaptándola a las condiciones particulares de los trabajadores, adquiriendo así mejores condiciones laborales y retributivas. Esto significó un aliciente para los sectores resistentes a la reforma y de este modo “se dejó hacer a los otros”.

Estos otros, fueron muy dinámicos, tras un primer congreso realizado los días 22,23 y 24 de Abril de 1976, en el Hospital Psiquiátrico de Conxo (La Coruña) se constituyeron en “Coordinadora de Auxiliares Psiquiátricos”. Allí se reunieron un total de 150 representantes de auxiliares Psiquiátricos de todo el Estado. Su objetivo era conseguir un reconocimiento profesional y una titulación unificada.

Los Auxiliares Psiquiátricos, a través de los comités de empresa y de los convenios colectivos, fueron adquiriendo relieve y “*emergiendo de ese anonimato servil y oscuro de tipo manicomial*”.¹⁶⁵ Además de metas importantes en el plano laboral: salarios dignos, estabilidad en el empleo mediante contratos laborales o funcionariales, van consiguiendo una clarificación de funciones, eliminando, progresivamente, tareas puramente mecánicas o de “office”, y efectivamente dignificando su trabajo.

Pero fue en el ámbito de la formación donde dieron su mayor batalla. Mientras en muchos hospitales se ofrecían programas de formación continuada. Su aspiración era conseguir una titulación oficial.

El colectivo de auxiliares psiquiátricos de Barcelona realizó un arduo trabajo para conseguir una escuela de formación profesional de segundo grado en la rama sanitaria, para que en ella se impartiesen los estudios de Técnico Especialista en Asistencia Psiquiátrica (TEAP), en un momento en que parecía orientarse el segundo grado de formación profesional hacia especialidades.

Llegaron a publicar el programa docente en el Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña y a realizar los cursos en escuelas catalanas. Cuando llegó el momento expedir los títulos, no tenía la correspondiente autorización oficial, obligando a terminar con esta formación.

La solución fue incluir la formación específica en los estudios de formación de primer grado como Técnico Auxiliar Psiquiátrico, aprovechando la legislación entonces vigente, la Ley General de Educación de 1970. De este modo según se recoge en las conclusiones del XI Congreso Nacional de Auxiliares psiquiátricos (1988),¹⁶⁶ muchos auxiliares psiquiátricos consiguieron el título oficial de Técnico Auxiliar Psiquiátrico, (Burró et al. 1988, 5).

¹⁶⁵ Ib, p. 120

¹⁶⁶ Burró L. Caparros F. López A. Setó A. (1988). Ponencia: Conclusiones del IX Congreso Nacional de Auxiliares psiquiátricos Vitoria 1988. Publicado en Blogs Caparros Marqueño F. Disponible en: http://issuu.com/capasalutmental/docs/vitoria_perspectiva_profesional_1988/5?e=2805828/3040850, P. 5

Con la aprobación de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), de 3 de octubre de 1990, se reguló formación profesional con un nuevo planteamiento por competencias en 26 familias profesionales, la rama sanitaria es general en el primer grado y para el segundo grado establece las siguientes ramas profesionales: Audioprótesis, Audiología Protésica, Anatomía Patológica y Citología, Dietética y nutrición, Documentación Sanitaria, Higiene Bucodental, Imagen para el Diagnóstico, Laboratorio de Diagnóstico Clínico, Ortoprotésica, Prótesis Dentales, Radioterapia y Salud Ambiental. No existía la posibilidad de una formación específica en la rama de la salud mental, tan solo aparecía como asignatura dentro del programa de Formación Profesional de primer grado.

Después en el Real Decreto 558/1995, de 7 de abril, se estableció el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. También regula las convalidaciones entre módulos profesionales de títulos de Formación Profesional establecidos al amparo de la LOGSE.

Así los títulos de Técnico Auxiliar de la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, Técnico Auxiliar en Clínica, Técnico Auxiliar en Psiquiatría y Técnico Auxiliar en Auxiliar de Enfermería, son sustituidos y convalidados por el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, establecido por el Real Decreto 546/95, de 7 de abril.

La realidad es que desde la publicación del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, a los profesionales con la categoría de técnico se les exige el título correspondiente a la labor para la que está empleado. Pero esto no es así en las instituciones pertenecientes a otras administraciones (Diputaciones, Ayuntamientos).

Significó esto, que para trabajar como Técnico Auxiliar de Enfermería en los centros del Sistema Nacional de Salud, se pedía la titulación correspondiente. Pero, para acceder a la misma categoría, por ejemplo, en los hospitales provinciales (algunos de ellos Psiquiátricos), se podía acceder con el graduado escolar.

Esta circunstancia quedó subsanada en el momento en que se hicieron efectivas las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas con la consiguiente integración de todos los servicios sanitarios.

Antes de terminar esta referencia al profesional auxiliar hay que destacar que muchos de quienes accedieron a plazas en hospitales psiquiátricos, aun cuando no se exigía el título, disponían de él, en gran medida por que las pruebas selectivas para acceder a la plaza, no eran pruebas sencillas y el temario se correspondía con la formación reglada. Quienes no tenían el título han tenido que obtenerlo o están en plazo para ello.

Las funciones del Auxiliar de Enfermería vienen recogidas en los artículos 74 al 84, con las prohibiciones referidas en el artículo 85, del Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social. Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973. Aunque se ha promulgado el nuevo Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) y deroga los tres estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones recogidas en el antiguo Estatuto continúan vigentes (según la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003).

Cuadro 7: Funciones del Auxiliar de Enfermería

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">a) Acogida y orientación personal de los enfermos.b) Recepción de volantes y documentos para la asistencia de los enfermos.c) Distribución de los enfermos para la mejor ordenación en el horario de visitas.d) Escritura de libros de registro, volantes, comprobantes o informes.e) Limpieza de vitrinas, material e instrumental.f) Preparación de ropas, vendas, apósitos y material de curas.g) Recogida de datos clínicos, limitados a aquellos signos obtenidos por inspección no instrumental del enfermo, para cuya obtención hayan recibido indicación expresa de las Enfermeras, así como orientación del Médico responsable.h) Recogida de los signos y manifestaciones espontáneas de los enfermos sobre sus síntomas, y comunicarlos al Médico o Enfermera de quien dependan.i) Aseo y limpieza de los pacientes.j) Limpieza y ordenación del material utilizado en la Unidad, bajo la supervisión del Personal Auxiliar Sanitario Titulado.k) Ayudar a dicho personal en la colocación o fijación del paciente en el lugar especial de su tratamiento.l) Controlar las posturas estáticas de los enfermos, con supervisión del Personal Auxiliar Sanitario Titulado.m) Desvestir y vestir a los pacientes cuando lo requiera su tratamiento.n) En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera |
|---|

Fuente: Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social. Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973

(v) Trabajo Social

En 1932 que se creó en Barcelona la primera Escuela de Asistencia Social, este era un momento de efervescencia social en nuestro país en el que se hicieron necesarios profesionales técnicos que actuaran ante los cambios producidos en la beneficencia pública y en la privada, (Marcuello Servós, 2014, 568; Castillo Charfolet, 2011, 624).

Tanto antes como después de la guerra civil la formación de los asistentes sociales estuvo en manos de la Iglesia, No fue hasta 1964 cuando se crea la primera Escuela Oficial de Asistentes Sociales en Madrid. Reconociéndolos como Técnicos de grado medio. Entre 1970 y 1980, se produjo un importante aumento del número de escuelas y así el número de profesionales crece rápidamente. Pronto se determinó la necesidad de renovación y revisión de conceptos que permitiese evolucionar a la profesión.

A partir de 1980 la implantación de un sistema político democrático y el consiguiente marco jurídico de derechos y deberes ciudadanos, serán los factores más decisivos en el avance del Trabajo Social.

En el año 1982, a raíz de la publicación de la Ley 10/1982, de 13 de abril, de Los Colegios Profesionales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, y de la aprobación de los Estatutos provisionales de la profesión mediante Orden de 26 de julio de 1982, comenzó el proceso de transformación de la “Asociación Provincial de Asistentes Sociales” en “Colegio Profesional”, (Castillo Charfolet, 2011, 633).

En 1983 la formación en Asistencia Social obtuvo el rango universitario y se incorporó a la Universidad como Diplomatura en Trabajo Social. Así la formación en Trabajo Social se encuentra dentro del ámbito universitario desde 1983. Actualmente existen 32 Universidades en España que imparten la Titulación de Diplomado en Trabajo Social. Con la incorporación del Trabajo Social al Sistema Europeo de Educación Superior, la diplomatura pasó a ser un grado de 4 años de formación con la posibilidad de acceder al doctorado desde la misma disciplina a través del master, (Marcuello Servós, 2014, 571).

Los Trabajadores Sociales, que han asumido históricamente funciones asistenciales en las diferentes instituciones dedicadas a la salud mental, no han tenido nunca una vía de especialización en este campo, ni siquiera en el más general del ámbito sanitario, a pesar de que la reivindicación siempre ha estado encima de la mesa. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), no los califica como profesionales sanitarios, ni se prevé la creación de una especialidad que faculte a estos profesionales para una actividad directamente sanitaria. (Blanquet Baldellou, 2010, 12).

Para terminar esta revisión de la formación y funciones de los diferentes profesionales, queda reseñar la normativa que es común a todas las especialidades en ciencias de la salud, que en el ámbito de la salud mental corresponde a Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de salud mental. Se realiza a través de las siguientes disposiciones:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias,
- Real Decreto 1146, de 6 de octubre 2006, regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Y el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.

Este último Real Decreto constituye un paso de indudable importancia en el desarrollo del artículo 19 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, que prevé la adquisición de competencias comunes a varias especialidades en Ciencias de la Salud a través de un periodo de formación uniforme, denominado tronco, en convergencia con la estructura de la formación especializada de otros países miembros de la Unión Europea.

La troncalidad implica una evolución del sistema formativo y una adaptación de las estructuras docentes a nuevos programas y a los correspondientes requisitos de acreditación de centros y unidades docentes, en consonancia a los dos periodos, troncal y específico, que integrarán la formación completa de las especialidades en Ciencias de la Salud. Y con ellos se establecen líneas generales a desarrollar por los diferentes servicios autonómicos, con el que parece que queda finalmente configurada la formación de especialistas.

CAPÍTULO IV
LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA.
EVOLUCIÓN DE LAS TRASFORMACIONES

Hasta aquí hemos descrito el modelo asistencial en sus aspectos formales, el esqueleto sobre el que se asentarán las verdaderas transformaciones. En este epígrafe nos centraremos en analizar las vicisitudes por las que ha atravesado el proceso reformista, los escollos que hubo que superar y, especialmente, nos centraremos en los resultados. Terminaremos el epígrafe haciendo referencia al futuro que se empieza a vislumbrar.

Primero hay que destacar que un análisis de la evolución y los resultados resulta de una gran complejidad. La organización de política sanitaria en gran medida se encuentra descentralizada. Como veremos todas las referencias bibliográficas sobre este tema insisten en señalar las importantes diferencias que marcan el desarrollo de la reforma en las distintas CCAA y las dificultades que esto provoca a la hora de evaluar los resultados.

Otro aspecto a considerar a la hora de analizar las particularidades que van a condicionar el desarrollo de la reforma en nuestro país, son fruto de las circunstancias políticas que rodean su implantación. En este periodo histórico, en torno a 1980, los países de nuestro entorno (Francia, Reino Unido, Italia, Alemania y EEUU) llevaban bastantes años de andadura en sus reformas psiquiátricas y contextos democráticos. En España la reforma psiquiátrica fue posible con la transformación de la sociedad civil, tras el periodo de transición política. Transición hacia la democracia tan deseablemente pacífica como lenta, por la laboriosidad de los pactos y consensos que para su culminación debieron lograrse entre las muy diversas e inicialmente enfrentadas posiciones políticas.

Como señalan Desviat y Moreno (2010) la reforma solo se hace posible cuando coinciden varios factores, una demanda social, la voluntad política y un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo:

«El momento político es favorable, se da en plena transición a la democracia, tras la dictadura franquista, en la urgencia de la reconstrucción democrática de la sociedad civil y de los servicios públicos, inscribiéndose en la reforma del sistema sanitario y de las prestaciones sociales, con el apoyo de un amplio movimiento profesional y ciudadano forjado en la lucha por la democracia durante la dictadura; un movimiento que cree en una sociedad más justa y solidaria, sensibilizado frente a la exclusión de las minorías», (Desviat y Moreno, 2012, 37).

Estos factores, como decimos, condicionaran a veces de forma positiva, a veces de forma negativa, pero siempre han estado presentes a la hora de entender la atención a la salud mental en nuestro país. Por un lado, el tardío proceso reformista permitió conocer los problemas y errores de la experiencia en otros países, especialmente se cuidó el evitar los riesgos de una desinstitucionalización masiva sin contar con las dificultades de integración que plantean determinados pacientes, así como tener presente la necesidad de determinados recursos para afrontar la nueva cronicidad.

Por otro lado, los países que llevaban ventaja temporal pudieron afianzar el modelo comunitario y consolidarlo en su sistema sanitario, antes de que nuevos aires provenien-

tes de políticas económicas neoliberales invadiesen el modelo de gestión de lo público y especialmente de los sistemas sanitarios.

En los años 70, y como consecuencia de una importante crisis económica y la crisis del petróleo, las políticas expansivas en el gasto social posteriores a la II Guerra Mundial son cuestionadas y aparece un interés creciente por controlar el gasto y mejorar los aspectos de gestión de lo público. La OMS recoge estos presupuestos en la publicación “*Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales*” Ginebra (1983), y posteriormente en diferentes planes e informes que condicionan notablemente la gestión de los sistemas sanitarios como las Directrices del Banco Mundial de 1987, el Plan Thatcher en Reino Unido (1989) o la Medicina Gestionada en EEUU (1987), (Desviat 2011, 328).

Como señala Desviat (2010) estos nuevos modelos introducen el mercado y la competencia, como procedimiento de aumentar la eficiencia bajo la premisa de que el paciente elige los mejores servicios y estos serán los que consigan mejores resultados en base a la competitividad. “*El dinero sigue al paciente. Las autoridades sanitarias pasan de pagar a comprar*”, (Desviat, 2010, 258).

En España, abierta a las nuevas corrientes e integrándose en Europa, también se introducen estas nuevas formas de gestión. Pero las condiciones sociales y políticas todavía estaban en un proceso transformación y, por lo tanto, bastante poco maduras o asentadas. Ocurre poco tiempo después de la universalización de la atención sanitaria (con la publicación de la Ley General de Sanidad en 1986), y en un contexto de crisis económica.

En estas condiciones, describe Desviat (2011) cómo el nuevo modelo de gestión es recogido y avalado en los planes sanitarios de varias comunidades autónomas (Cataluña, País Vasco, Madrid, Valencia...) y a nivel del Estado con el Plan Estratégico del extinto INSALUD de 1998 lo que “*nos conducirá muy pronto a las ambigüedades con las que se afrontó la recién iniciada reforma psiquiátrica*”, (Desviat, 2011, 428).

En este sentido el *Informe Abril* (1991), fue un intento de buscar un equilibrio entre el desarrollo de los servicios sanitarios y la contención del imparable incremento del gasto. Se trata de un trabajo de la “Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud, Informe y recomendaciones”,¹⁶⁷ denominado Abril por su impulsor, Sr. Abril Martorell, que había ocupado los ministerios de Agricultura, de Comercio, y de Economía, así como la Vicepresidencia de Gobierno, con la UCD. Se pretendía introducir instrumentos y métodos de gestión empresarial en los centros y servicios sanitarios públicos, dar autonomía a la gestión de los centros sanitarios públicos, descentralizar procedimientos, incluyendo la disponibilidad de gasto, comprometer con los resultados

¹⁶⁷ Proposición no de Ley de la Comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud. Informe Abril. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, julio 1991. Disponible en: <http://www.consorci.org/accesos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interres/resumen%20informe%20abril.pdf>

del Sistema Nacional de Salud a los gestores sanitarios y a los profesionales con responsabilidades clínicas, incentivando de forma decidida la dedicación al servicio público y los buenos resultados asistenciales.

En la literatura podemos encontrar versiones opuestas sobre la oportunidad de esta transformación en el modelo de gestión sanitaria. Para algunos (Desviat, 2010, 258), el Informe Abril, resulta la carta blanca para procesos de privatización de servicios, sin embargo para Espino (2002, 41): *“es una oportunidad de oro para reformar nuestro sistema de salud desde una óptica progresista y en favor de una cultura de eficiencia empresarial dentro del sistema sanitario público. [...] Significó el mayor esfuerzo realizado por una administración sanitaria para modernizar el sistema público español de forma consensuada”*.

La realidad fue que, aunque a partir de su publicación surgen algunas experiencias privatizadoras, este informe tuvo poco impacto inicial. No fue hasta 1997, a partir de las propuestas de la Subcomisión Parlamentaria para la “consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud”, Ley 15/ 97,¹⁶⁸ cuando se legitima la posibilidad del cambio de modelo de gestión sanitaria.

Como consecuencia, y ante la ausencia de un Plan Nacional de Salud Mental, que expresase un compromiso del Ministerio e implicase a todas las instituciones, entre 1991 y 1997, se producen unos desarrollos discrecionales de las administraciones que siguen criterios dispares y sin la necesaria coordinación. Pudiendo entrar en contradicción los principios de Salud Mental comunitaria como la zonificación, con criterios gerenciales, como la libre elección de centro o el área única.

Otro factor que señalamos como un importante condicionante de las particularidades de nuestra reforma psiquiátrica, está vinculado al carácter que imprimió en el desarrollo político y social el modelo de transición política. Una transición desde la dictadura a la democracia, pactada, lenta y especialmente cuidadosa con los anteriores poderes fácticos. En el ámbito sanitario el antropólogo Comelles (2007, 24) afirma que: *“Entre la seguridad social falangista y el modesto estado del bienestar Español surgido de la Ley de Sanidad de 1986, no hubo ruptura sino acomodo”*. En el mismo sentido Desviat (2010, 261), explica como el modo en que se desarrolla la transición política, tiene su fiel reflejo en la evolución de la reforma psiquiátrica. Tampoco es una reforma rupturista, sino que incorpora todos poderes psiquiátricos provenientes de la dictadura, especialmente las cátedras y las jefaturas de los hospitales Clínicos.

Así la universidad y en general gran parte del ámbito formativo psiquiátrico, siguió en manos de la antigua corriente centrada en el saber médico, biologicista, reduccionista, centrada en un listado de criterios (principalmente signos y síntomas) como fundamento de una u otra etiqueta diagnóstica y en el hospital como punto neurálgico de la

¹⁶⁸ Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1997-9021

asistencia. La universidad no se implicó o lo hizo mínimamente en el proceso de cambios y esto no es baladí, en palabras de Desviat (2011, 430):

«Esta falta de visión estratégica nos explica algunos de los graves problemas que nos encontramos ahora en la formación de pregrado, en el currículo de los profesionales de la salud mental y en el predominio en el mundo académico de tendencias opuestas a los principios de la reforma.»

De este modo, la psiquiatría en nuestro país quedó fracturada en dos formas de ver la asistencia. Dos posturas irreconciliables que dividirán a la comunidad científica en quienes defienden un modelo teórico de la salud mental como orden multidisciplinar, que aborda el sufrimiento psíquico de un modo comprensivo desde lo bio-psico-social, y quienes sitúan la psiquiatría al mismo nivel que el resto de especialidades médicas, primando lo objetivo, lo pragmático, lo médico biológico y las neurociencias. Y en el aspecto político organizativo, la discordia aparece entre posturas proclives a combatir las desigualdades sociales a través de la mejora en las prestaciones públicas, y posturas neoliberales en las que impera la competencia entre servicios y los factores económicos (Comelles, 1988, 226-230). Son directrices paradójicamente aplicadas a una prestación cuyos efectos terapéuticos son especialmente sensibles y se favorecen mediante la cooperación e integración de los profesionales y diversos tipos y niveles de servicios intervinientes.

Otro efecto de nuestra transición “pactada”, es la falta de posturas decididas y concretas como atestiguan los 13 borradores de la Ley General de Sanidad hasta que pudo ser publicada en 1986, o el lentísimo proceso de transferencias sanitarias a las CCAA, que al fin pudo ser completado en 2002. De hecho, el Informe Ministerial para la Reforma (1985), y la posterior Estrategia en Salud mental del Ministerio de Sanidad (2007), no tuvieron rango de ley. Son meras recomendaciones, por lo que cualquier cambio político o circunstancia económica que intente disminuir el gasto público, podrá poner en cuestión los avances e inversiones en salud mental.

Estos factores definen una reforma con unas particularidades administrativas, políticas y sociales. Pero también van a hacer que la evolución sea muy diferente de unos lugares a otros, aunque hay aspectos que podemos considerar comunes a todo el proceso de reforma psiquiátrica en nuestro país. Siguiendo el Informe de la Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (ANESM) (2003), existe consenso en la negación de la capacidad terapéutica de la institución manicomial y la necesidad de sustituirla por una red diversificada de servicios, además de la necesidad de situar a la enfermedad mental en el mismo nivel que cualquier otra enfermedad e integrarla en los servicios del Sistema Nacional de Salud.

A partir de estas premisas iniciales los cambios asistenciales dependieron en gran parte del proceso de asunción de las transferencias sanitarias. Esto generó problemas de coordinación, rivalidad entre servicios, determinación de competencias y, especialmente, delimitación de los presupuestos entre las diferentes administraciones territoriales. Administraciones que utilizaron distintos procedimientos y estrategias para gestionar la

atención a la Salud Mental (direcciones generales, jefaturas de diferentes servicios, institutos autónomos), así como estándares de asistencia y tiempos en la aplicación diferentes para los distintos programas. Todos estos factores condicionaron el desarrollo de la reforma y, especialmente, condujeron a una reforma psiquiátrica que resultó especialmente diversa según las diferentes CCAA

De este modo un análisis pormenorizado resultaría un trabajo ingente y seguramente poco efectivo para nuestros objetivos. Por esta razón la descripción de la evolución y resultados de la Reforma se abordará desde un prisma muy general, obviando particularidades propias de experiencias concretas. Conviene tener en cuenta que los datos disponibles previos a 2005, se obtienen fundamentalmente de Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Catalogo Nacional de Hospitales, datos altamente discutibles para nuestro trabajo, en la medida que no cuentan con una unidad de análisis y a menudo se obvian las particulares y notables diferencias existentes entre los recursos de atención a la salud mental de los distintos lugares por mucho que compartan similar denominación.

Estas dificultades son las que intenta paliar el Observatorio de Salud Mental de la AEN, creado en 2002 y que gracias a su gran labor, podemos decir que a partir de 2005, contamos con información suficiente y contrastada que refleja la actualidad y evolución de los diferentes factores implicados en la reforma (dispositivos asistenciales, recursos humanos, modelo de gestión y financiación, programas docentes...). Además de informar de las políticas que requieren mayor esfuerzo, las carencias y debilidades detectadas, proponiendo los programas necesarios para mejorar la asistencia.

El Observatorio de Salud Mental de la AEN es un proyecto que nace de la necesidad de contar con un sistema de información que permita conocer el estado de la organización y la evolución de los Servicios de Salud Mental en las diferentes CCAA. El primer informe se elaboró en 2003, y fue revisado y actualizado en 2005, 2007, y 2010. Este trabajo se ha consolidado, y a partir de 2007 cuenta con subvención del Ministerio de Sanidad y Consumo. De su análisis podemos decir que sigue un riguroso procedimiento metodológico y de recogida de datos:

«El instrumento principal del Observatorio es una encuesta, diseñada por un equipo de expertos, que es cumplimentada con los datos recabados por los responsables autonómicos del Observatorio AEN. En cada una de las ediciones el equipo de responsables del Observatorio ha revisado y actualizado el contenido de la encuesta con el objetivo de que la información recogida sea exhaustiva y pertinente.

Los responsables autonómicos del Observatorio de Salud Mental han sido designados por cada sección autonómica de esta asociación y seleccionados como asociados de conocido prestigio e implicación con los objetivos y finalidades de la AEN. El grupo de responsables autonómicos ha sido completado por una especialista en epidemiología en salud mental y un especialista en rehabilitación. El grupo de responsables del Observatorio ha actualizado el cuestionario y el glosario de términos mediante el procedimiento del panel de expertos y ha realizado el trabajo de campo obteniendo la información tanto de la administración sanitaria autonómica, como directamente de los propios servicios de salud mental cuando así ha sido necesario», (Jiménez Estévez, coord. 2011, 6).

Por último, respecto al Observatorio, cabe destacar el desarrollo de un “sistema web”,¹⁶⁹ base de datos interactiva que permite acceder a todos los datos recogidos y obtener informes personalizados de una forma ágil y dinámica. Es un proyecto desarrollado con financiación del Ministerio de Sanidad, y que ha servido de base para la Evaluación de la Estrategia de Salud Mental (de la que daremos cuenta posteriormente), y también para la elaboración de las tablas ilustrativas de la evolución de los recursos que aparecerán en este trabajo.

Otros documentos importantes para la valoración de la reforma es el informe de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, publicado en 2007 y revisado y actualizado en 2011:

«La Estrategia constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales. La Estrategia también incluye entre sus objetivos potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como los avances y retrocesos que se detecten en su desarrollo.

Esta Estrategia forma parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y representa un esfuerzo consensuado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y las Comunidades Autónomas», (Ministerio de Salud y Consumo, 2007, 14).

El Ministerio dispone de página web,¹⁷⁰ que contiene los enlaces necesarios para acceder toda la legislación referente a la salud mental a nivel nacional y de cada una de las CCAA. La relación de todos los dispositivos por autonomía, normativas, guías para la elaboración de los planes, las declaraciones, documentos e informes de la Comunidad Europea que comprometen las políticas nacionales en materia de salud mental.

Otros documentos a considerar son: (i) Atlas de Salud Mental (2001, 2014).¹⁷¹ (ii) El Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental (2006).¹⁷² Y en general todos los informes y la documentación de la OMS sobre salud mental.¹⁷³ Ahí se muestran el desarrollo de los recursos, número de camas, profesionales, y financiación en los diferentes países del mundo.

Con toda esta información, no parece necesario redundar en los datos, cuando ya es un trabajo realizado, aquí nos interesa la perspectiva del profesional (especialmente de

¹⁶⁹ Disponible en: <http://www.observatorio-aen.es>

¹⁷⁰ Página del Ministerio de Sanidad y Política Social:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/normativa.pdf>

¹⁷¹ OMS. (2001a). Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_spa.pdf

OMS. (2015). Mental Health Atlas 2014. En inglés. Podemos encontrar una síntesis en <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2015/finances-mental-health/es/>

¹⁷² OMS. (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Sí a la atención, no a la exclusión. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9243562827_spa.pdf ,

¹⁷³ Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/es/

la enfermería de salud mental, pero también de otros), los cambios en la labor asistencial directa en los diferentes servicios, las dificultades que han ido surgiendo, las desviaciones detectadas del proyecto inicial, y también los efectos sociales, sanitarios y laborales.

Como se expresa en la ponencia del congreso de la AEN de 2012:

«Los principios y objetivos de la reforma, aunque aparentemente sencillos, y comprobadamente exitosos en otros países, mostraron pronto una gran complejidad al ir implementándose, apareciendo pronto grandes resistencias. El modelo era sencillo, pero entrañaba un descentramiento de poderes y un cambio democrático en la mentalidad de políticos, gestores, profesionales, pacientes y usuarios. [...] Implicaba una nueva forma de entender y gestionar el malestar psíquico, que chocaba con todo tipo de intereses: económicos -con la fagocitación de lo público por lo privado- y docentes e investigadores -oligopolio y nepotismo en las cátedras y los escasos centros de investigación», (Desviat y Moreno, 2012, 39).

En los siguientes epígrafes abordaremos estas dificultades, las contradicciones y obstáculos con las que se ha chocado la implantación del modelo tal como fue concebido, junto a los avances observados, y también las consecuencias, previstas o no. Consecuencias que dibujan la asistencia actual, sus tendencias predominantes, y cómo se expresan en la labor asistencial.

Para ello analizaremos por separado los factores que consideramos esenciales en la transformación del modelo asistencial, siendo conscientes de lo artificial de esta distinción ya que cada uno de los factores interacciona y condiciona a cada uno de los otros.

4.1 Dispositivos asistenciales

Nuestra reforma psiquiátrica, ha buscado aplicar un modelo de asistencia en el que se pueda prescindir del Hospital psiquiátrico. Parte de un primer concepto que es la desinstitucionalización, término que agrupa tres importantes dimensiones: La deshospitalización de los pacientes que se mantenían internados en los manicomios, la implantación y dotación adecuada de una red de servicios alternativos y recursos comunitarios, y superar la dependencia institucional mediante actuaciones que potencien la autonomía personal y social de las personas que padecen enfermedad mental grave, (López, Benítez, García y Weissman 1998, 105-109).

Por tanto una primera fase de la reforma psiquiátrica se focalizó en la desinstitucionalización. Proceso que prioriza la reinserción social y abarca aspectos sociales, económicos y residenciales, además de lo puramente sanitario. La reinserción requiere una triple actuación: sobre la estructura de la institución, sobre el individuo y sobre la familia.

La reforma exige pues un trabajo paralelo, tanto dentro como fuera de las instituciones. Las primeras inversiones se orientan al adecentamiento y humanización de los manicomios, que pasan a llamarse hospitales psiquiátricos. En segundo lugar requiere

un cambio en la dinámica de funcionamiento interno: abrirse al exterior e incorporar otras experiencias, profesionales y modelos de trabajo. Y al mismo tiempo crear una red de servicios en la comunidad que además de atender las necesidades de los enfermos en su entorno, trabaje en la prevención, la detección precoz y la rehabilitación.

Lograr que los enfermos vivan independientemente en la comunidad, con un empleo y unas relaciones familiares y sociales satisfactorias, implica trabajar previamente en el interior de los manicomios la recuperación de habilidades perdidas, la potenciación de las que permanecen y la adaptación del entorno en el que se va a reintegrar. Esto supone dotarles de identidad, incluso administrativa (DNI, cartilla de seguridad social). Determinar su grado de autonomía y las posibilidades de inserción en las condiciones más normalizadas posibles. Creando un ambiente estimulante y posibilitando salidas del centro. Esto junto a intervenciones de apoyo a los familiares, (García González y Espino Granada, 1998, 71).

Diferentes estudios sobre la población de los hospitales psiquiátricos españoles, muestran que la población de los internados en los hospitales psiquiátricos en el periodo inmediatamente anterior al inicio de la reforma, era bastante homogénea. Eran personas envejecidas, con una edad media superior a los 60 años, en la que predominaban los varones, solteros y en los que el diagnóstico prevalente es de psicosis esquizofrénica en un 50 % de los casos y el retraso mental en un 28%, (Jordá, Espinosa y Gómez Beneyto, 1986), (IASAM, 1987), (Las Heras y Vil, 1988), (Rodríguez-Blázquez et al. 1998), (Defensor del Pueblo, 1996), (Aparicio Basauri y Sánchez Gutiérrez, 1990).

Un importante número de los asilados tuvieron un primer ingreso en su juventud y habían envejecido con la institución psiquiátrica. La estancia media alcanzaba los 22 años, con una clínica predominantemente “residual” y “asintomática”, con escasa presencia de sintomatología activa (sólo se recoge en el 17% de los pacientes) y con una importante patología somática asociada. Son personas con alto grado de dependencia, sin estudios ni experiencia laboral, personas sin recursos y sin soportes para una vida más autónoma. Circunstancia que condicionó enormemente las posibilidades de reinserción, pero como veremos, con pacientes en condiciones muy semejantes, la respuesta ha podido ser muy diferente en unos lugares u otros, (Carmona Calvo y del Rio Noriega, 2011, 332).

Una forma de valorar la evolución de la reforma es el seguimiento de los pacientes externalizados. Los estudios que en este sentido hemos logrado encontrar son pocos y muy limitados en el tiempo. De ellos cabe mencionar un estudio realizado en los pacientes externalizados en el hospital psiquiátrico “Padre Jofre” de Betera entre 1974 y 1986, (Gómez-Beneyto, 1986).¹⁷⁴ En Asturias entre los años 1985 y 1990, (García González,

¹⁷⁴ Gómez Beneyto M. Asencio A. Belenguer MJ. Cebrián A. Cervera G. Llopis V. Salazar J. Soria A. (1986). Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: Un análisis de la experiencia del Hospital Psiquiátrico «Padre Jofré», de Betera (1974-1986). En Espinosa J. (coord.). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid. Asociación Española de neuropsiquiatría, p. 237- 265.

1998).¹⁷⁵ Y uno más reciente realizado en Andalucía, (López Benítez, Rodríguez y Waisman, 1998).¹⁷⁶ Los datos reflejan como media que el destino de los pacientes externalizados ha sido un 25% en la familia propia, un 22% en pensiones, un 41% en residencias de la tercera edad y un 6% en pisos protegidos, quedando el resto para otro tipo de alternativas. El 77% seguía en contacto con servicios de la red de salud mental, y un porcentaje superior a cuatro veces al esperado por edad, fallecía en el transcurso del estudio, (Aparicio Basauri y Sánchez Gutiérrez, 1990, 368).

Para conocer la situación de los enfermos mentales son de gran utilidad los informes realizados por el Defensor del Pueblo de España (1991, 1996, 2010a), el Defensor del Pueblo andaluz (1997, 2002, 2013), o el Defensor del Pueblo vasco, Ararteko (2000, 2011). Informes que se realizan a instancia de las quejas de familiares ante situaciones de desasistencia y que son complementados con un pormenorizado estudio de la situación (Torres González, 2012, 5). Del análisis de estos documentos deducimos que las diferentes posibilidades de reubicación de los pacientes desinstitucionalizados han sido de cinco tipos.

En primer lugar un trasvase de la atención desde el sector sanitario al sector de servicios sociales, ya sea a centros dirigidos a personas mayores, asilos de ancianos o residencias asistidas para la tercera edad, o a centros específicos dirigidos a minusválidos intelectuales. En segundo lugar un trasvase desde el sector público (sanitario) al sector privado, ya sean residencias para dependientes o a centros psiquiátricos de carácter privado. En tercer lugar un cambio de adscripción administrativa del servicio, que pasa de una adscripción sanitaria a depender de servicios sociales, aunque no haya cambiado su ubicación ni sus condiciones. En cuarto lugar la incorporación a dispositivos específicos de salud mental, pisos protegidos o tutelados y otros dispositivos socio-sanitarios. Y por último, en quinto lugar, especialmente la reubicación con sus familias.

Si se consideran las diferentes respuestas residenciales ofrecidas a los pacientes que salen de los psiquiátricos hay que atender al fenómeno de la “transinstitucionalización”. En algunos lugares recibió importantes críticas por haber supuesto un traslado de la responsabilidad asistencial a otros sectores o instituciones sin una adecuación necesaria de profesionales, al no contar con asistencia sanitaria interna, debieron procurarla en los servicios comunitarios, servicios que tardaron en adecuarse a las necesidades reales.

¹⁷⁵ García González J (1998). La reforma psiquiátrica en el Principado de Asturias: periodo 1982-1993. En *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. García González, J. Espino Granada (Eds). Madrid. Díaz Santos, pp 79-100.

¹⁷⁶ López M. Benítez F. Rodríguez MJ. Waisman LC (1998). Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos en Andalucía (1985- 1995). En: *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. García González, J. Espino Granada A. (Eds). Madrid. Díaz Santos, pp 101-116.

La normalización de los enfermos mentales según la filosofía de la reforma psiquiátrica, pasa porque éstos reciban la misma atención que cualquier ciudadano en sus condiciones. Los servicios psiquiátricos (sanitarios) deberán dar respuesta a todas las fases y exigencias de tratamiento y rehabilitación vinculadas a su enfermedad y las necesidades de tipo social deberán ser atendidas por los servicios pertinentes. El problema surgió ante la falta de previsión y desarrollo desigual de las diferentes dimensiones de la desinstitucionalización (deshospitalización, desarrollo de recursos alternativos y trabajo de rehabilitación) que deberían haber sido paralelas. Como señala Vargas (2005, 1), los enfermos mentales tienen las mismas necesidades residenciales que la población general. Y sus necesidades sociales y de servicios van a estar condicionadas por su minusvalía o por situación social y económica.

Lo cierto es que se avanzó rápido en el cierre de los hospitales psiquiátricos, pero la implantación de los servicios comunitarios fue mucho más lenta; y el desarrollo de los recursos intermedios o rehabilitadores, ha sufrido de importantes carencias que a día de hoy se mantienen. Ya en 1999 González Duro advertía que el interés desinstitucionalizador se impone como prioritario, *“tal vez para ahorrar costes”*, pero sin un desarrollo previo de la red asistencial, lo que supuso en muchos casos *“el abandono de los enfermos desinstitucionalizados”*, y el consiguiente rechazo social y el desprestigio de la reforma, (González Duro, 1999, párrafo 12).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental¹⁷⁷ entre 1978 y 1991 desaparecieron 17 hospitales psiquiátricos, y el número de camas en los restantes va disminuyendo progresivamente, en parte por la externalización de los pacientes que contaron con apoyo socio familiar y sus condiciones lo permitieron, y por otro lado por el cierre a nuevos ingresos. De todos modos, las experiencias de desinstitucionalización, son muy variadas. De Comunidades que, como inicialmente se propuso, consiguieron cerrar pronto sus hospitales psiquiátricos (Andalucía, Asturias y Navarra), hasta CCAA que mantuvieron su estructura e incluso aumentaron sus camas psiquiátricas de larga estancia, (Baleares, Canarias y Cantabria). Otros hospitales psiquiátricos se reconvirtieron en los denominados Centros de Rehabilitación Psicosocial o Comunidades terapéuticas, en las que aun manteniendo el internamiento, su estructura es de pequeñas dimensiones y con un objetivo terapéutico y rehabilitador. Por último, también habrá hospitales psiquiátricos que llegarían hasta finales del siglo XX sin apenas cambios, (Aparicio Basauri, 1993, 153-154).

¹⁷⁷ Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

Los datos procedentes del Catálogo General de Hospitales y Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado,¹⁷⁸ no permiten determinar los cambios de adscripción de los centros psiquiátricos a residencias de servicios sociales, pudiendo darse por válida una desaparición de centros que no es tal. Así, por ejemplo, el hecho de que en una comunidad autónoma hayan dejado de existir los hospitales psiquiátricos puede no decir mucho en sí mismo. En algún caso pueden simplemente haberse dejado los crónicos en su antiguo centro, en idéntica situación, mutando sólo su titularidad a los servicios sociales. De modo que, resulta difícil de catalogar servicios que con nombres actuales pudieran dar la impresión de un cambio de sistema, cuando no es más que un cambio de denominación.¹⁷⁹ Denominaciones como Unidad Residencial y Rehabilitadora de Enfermos Psíquicos, Instituto Medico Pedagógico, Servicios Asistenciales, Centro de Salud Mental y Servicios Sociales, Instituto Psiquiátrico, Centro de Rehabilitación Psicosocial, etc., no se reconocen como centros de internamiento psiquiátrico; pero, como señalan López Laviana y García-Cubilana (2006), sus direcciones postales coinciden con los antiguos Hospitales Psiquiátricos

Así el análisis de la evolución de los Hospitales Psiquiátricos españoles en las últimas décadas, resulta intrincado. Por un lado porque una vez descentralizada la atención, no ha habido una agencia central (Ministerio de Sanidad), que haya recogido la información de las distintas Comunidades autónomas. Y cuando existe, no sigue parámetros comunes que permitan reconstruir una visión de conjunto, (López, Laviana y García-Cubilana, 2006, 255-256). El esfuerzo realizado desde el Observatorio de la AEN, es la aproximación más certera de la que podemos disponer, teniendo en cuenta las limitaciones que suponen las diferentes denominaciones de los servicios en las diferentes CCAA y la falta de unanimidad en lo que se entiende por cada dispositivo. Los datos sobre la permanencia o no de hospitales psiquiátricos en las diferentes CCAA se recogieron en 2005.

¹⁷⁸ La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI) forma parte del Plan Estadístico Nacional. Viene publicándose desde el año 1972 y recoge datos de todos los hospitales y centros de especialidades, dependientes de los hospitales, existentes en el territorio nacional. Con una periodicidad anual, viene aportando información de carácter censal sobre recursos, actividad asistencial y económica de los hospitales así como del régimen económico en el que son atendidos los pacientes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Evolución 2000-2005. Madrid. 2008.

¹⁷⁹ Para comprender adecuadamente la evolución y también los datos que se reflejan en las tablas, recordemos que previamente al proceso reformista todos los centros psiquiátricos de internamiento se catalogaban como hospitales, pero a partir de la transformación del modelo asistencial, el internamiento de los enfermos psiquiátricos pasa a depender de otros sectores asistenciales, se mantienen en los mismos centros con otra denominación o se crean nuevos recursos que sin dejar de ser lugares de internamiento, son servicios creados en el proceso de reforma. Esto significa que a partir de los datos disponibles en 2003 los dispositivos de hospitalización prolongada en SM se subdividen en dos grupos, las unidades de larga estancia y las unidades hospitalarias de rehabilitación. Esta distinción sin dejar de ser confusa, quiere diferenciar los antiguos centros de los nuevos dispositivos con una función rehabilitadora y moderna.

Tabla 7: Permanencia del Hospital Psiquiátrico por CCAA en 2005

CCAA	Hospital psiquiátrico	Denominación
Andalucía	No	
Aragón	Si	Centros de Rehabilitación Psicosocial
Asturias	No	
Baleares	Si	Área de Salud Mental
Canarias	No	
Cantabria	Si	Centros de Rehabilitación Psiquiátrica
Castilla la Mancha	Si	Hospital Psiquiátrico
Castilla Leon	Si	Unidad Residencial Psiquiátrica
Cataluña	Si	Hospital Monográfico
Euskadi	Si	Hospital Monográfico o Psiquiátrico
Extremadura	Si	Hospital Psiquiátrico
Galicia	Si	Hospital Psiquiátrico
Madrid	Si	Hospital Psiquiátrico
Melilla	No	
Murcia	Si	Unidad de Crónicos y Psicogeriatría
Navarra	No	
La Rioja	Si	Centro Asistencial
Valencia	Si	Hospital Psiquiatrico y Sanatorio

Fuente: AEN. (2005). El Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la Atención a la Salud Mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. Salvador I. (coord.). Cuadernos Técnicos nº 7. Madrid, AEN, p. 55

Otros datos de la evolución de la desinstitucionalización nos la da el número de camas de larga estancia por 100.000 habitantes. En 1972 existían ente 150 y 130 camas por 100.000 habitantes, esta cifra en 1978 se situaba alrededor de 100 camas por 100.000 habitantes. Con la reforma el ritmo del descenso se incrementa pasando en 1991 a una tasa de 60 camas por 100.000 habitantes (García González, 2000). Una vez que el periodo desinstitucionalizador se ha dado por concluido, las camas psiquiátricas para ingresos a largo plazo disminuyen pero no desaparecen. Las denominaciones varían de unas Comunidades a otras. Denominamos unidades de larga estancia a los centros derivados de los antiguos manicomios y especialmente a los Psicogeriátricos. La situación en 2005 es muy variable por CCAA, siendo la tasa superior en Castilla la

Mancha con 47 por 100.000 habitantes y la menor en Asturias con menos de 2 camas por 100.000 habitantes, (Salvador, coord., 2005, 55).

Tabla 8: Evolución de las plazas de larga estancia por CCAA entre 1975 y 2010

Años	1975 (1)		1986 (2)		2003 (2)		2005 (3)		2010 (3)	
	ESTABLE-CIMIENTOS	CAMAS	ESTABLE-CIMIENTOS	CAMAS	ESTABLE-CIMIENTOS	CAMAS	ESTABLE-CIMIENTOS	CAMAS	ESTABLE-CIMIENTOS	CAMAS
ANDALUCIA	14	5199	12	4.342	6	1.114	0.	0	0	0
ARAGON	8	1991	7	2033	6	888	5	265	6	241
ASTURIAS	4	1329	2	619	3	99	Sin dat	Sin dat	1	25
BALEARES	2	716	1	568	1	225	1	49	2	25
CANARIAS	4	1473	2	936	3	253	Sin dat	Sin dat	0	0
CANTABRIA	2	464	2	702	2	478	Sin dat	Sin dat	Sin dat.	Sin dat.
C.-LA MANCHA	3	1251	5	958	6	573	5	312	3	222
CAST. Y LEON	12	3095	10	4.549	6	632	1	50	0	0
CATALUÑA	21	11320	15	5933	19	4704	Sin dat	Sin dat	12	1949
C. VALENCIANA	4	2.050	4	1.493	6	614	Sin dat	Sin dat	3	379
EXTREMADURA	2	1247	2	1.660	2	881	Sin dat	Sin dat	9	Sin dat.
GALICIA	9	2108	13	1.673	6	450	4	744	4	560
MADRID	19	5262	10	3.049	9	2486	1	835	15	774
MURCIA	3	1060	2	700	2	140	1	Sin dat	2	370
NAVARRA	3	1480	2	895	4	308	Sin dat	Sin dat	0	0.
PAIS VASCO	9	3586	8	1.879	9	1845	5	662	13	804
LA RIOJA	1	400	1	544	1	180	Sin dat	Sin dat	1	140
TOTAL	120	44034	98	32433	91	15870	26	3090	26	3090

Fuente: Elaboración propia a partir de:

- (1). González de Chávez M (Coordinador). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid, AEN, 1980
- (2). Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas sanitarias (Catalogo Nacional de Hospitales con datos a diciembre de 2003 y Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, con datos de finales del 2002). Obtenidos a través de la página web del ministerio: www.msc.es.
- (3) Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental. <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

Respecto a la asistencia en infante juvenil, recordemos que a principios de los años 80, existían cuatro hospitales psiquiátricos infantiles, en Ciudad Real, Navacerrada, Teruel y Zamora. Grandes centros con más de 300 camas. A estos centros para niños con trastorno mental la Reforma Psiquiátrica llegó un poco más tarde que a los primeros centros de adultos, la Ley de Integración de los Minusválidos Psíquicos y la Constitución, los dejaba fuera de las normas legales y de la ética que fundamentaba cualquier nivel de atención al menor. Por lo que orientadas por los planes de la Reforma Psiquiátrica, las Autonomías de los que procedían los niños, poco a poco, a lo largo de la década de los 90, con, desigual respuesta, les fueron ofreciendo alternativas más dignas hasta su vaciamiento. Apenas existe literatura sobre ellos, puesto que eran centros muy opacos y en lugares aislados que no tenían proyección ni siquiera en el ámbito de la Psiquiatría.¹⁸⁰

La realidad de los datos, insistimos, debe ser matizada, ya que existen lugares que continúan manteniendo centros de crónicos con carácter hospitalario que han logrado grados de rehabilitación y reinserción de los pacientes mentales superiores a otros lugares en cuyas estadísticas sanitarias han dejado de figurar tal tipo de dispositivos.

En dicho escenario, un importante dato, de utilidad para ponderar las distorsiones estadísticas y relacionarlas mejor con los reales niveles funcionales cualitativos alcanzados, es el número de equipos comunitarios desplegados en cada ámbito geográfico y su dotación de profesionales, con particular atención a su proporción de profesionales de enfermería de salud mental. Profesionales, que en la práctica se convierten en uno de los indicadores fundamentales acerca de la orientación asistencial, más o menos organiciata o más o menos decantada hacia el mantenimiento del paciente en su entorno social durante el tiempo que requiera tratamiento.

Por tanto la respuesta no ha dependido tanto de las condiciones de los pacientes como de las políticas seguidas en las diferentes comunidades y las distintas administraciones responsables, junto con la existencia e implementación de un adecuado proyecto terapéutico. Los nuevos recursos fueron creándose paralelamente a la desinstitucionalización, como vimos, a ritmos diferentes y a menudo en condiciones administrativas complejas. El cierre o traspaso de los hospitales psiquiátricos, suponía un ahorro inicial en la atención a la enfermedad mental.

Pero la dotación de nuevos dispositivos, requería una importante inversión. Se preveía que con el tiempo resultaría en una asistencia más económica, pero inicialmente no

¹⁸⁰ La autora de esta tesis, ha publicado recientemente un trabajo en colaboración con F. Gracia, en donde se relata la Historia del Hospital Psiquiátrico Infantil de Teruel y sus características; así como se recogen algunos datos acerca de los otros tres centros psiquiátricos infantiles nacionales similares: Gracia Clavero F y Marco Arnau I. (2014), El Hospital Psiquiátrico Infantil El Pinar de Teruel. En Fernández Doctor A (Coord.). Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón (p. 171-183) Ed SARP/Gráficas Vela S.L. Zaragoza.

sería así, porque la alternativa asistencial pasa por la implantación territorializada e inmediata de los Centros de Salud Mental Comunitarios y las Unidades de Hospitalización en los hospitales generales.

4.1.1 Centros de Salud Mental Comunitarios

Los *Centros de Salud Mental Comunitarios* se implantaron con celeridad a lo largo de todo el territorio. Exceptuando las CCAA con las transferencias sanitarias (Cataluña y Andalucía), que pudieron articular una red unitaria ya de partida, en el resto de Comunidades la responsabilidad se distribuyó entre las propias CCAA y el Gobierno Central a través del INSALUD. Las primeras abrieron centros de salud mental en diferentes ubicaciones, a veces alquilando locales, otras en servicios provinciales y con frecuencia dotados con el personal que salía de los centros psiquiátricos. Por su lado el INSALUD ubicó los Centros de Salud Mental, tal como recomendó el Informe Ministerial, en los centros de Atención Primaria, lo que facilitaba la coordinación y la accesibilidad. Como contrapunto, la dotación de profesionales fue escasa.

Esta distinta procedencia y modelo de gestión generó importantes diferencias de funcionamiento y organización de los Centros de Salud Comunitarios, unos dependientes del gobierno de la autonomía otros del INSALUD. A veces en un mismo servicio se encontraban profesionales de diferentes dependencias administrativas, con iguales competencias y sueldos distintos (funcionarios, estatutarios, laborales...). Tal disfunción quedó minimizada con las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, que articularon una sola red en cada una de ellas, pasando así todos los profesionales a depender de una sola administración, aunque todavía hoy perduran diferentes modelos de contrato laboral.

Actualmente toda la población española dispone de un centro de salud mental al que acceder a través de Atención Primaria. Teóricamente se conciben como un segundo nivel (especializado), al que se derivan los pacientes más graves, así como de apoyo y asesoría a equipos de Atención Primaria, interconsulta, suministro de formación a Atención Primaria, supervisión de seguimientos... Aunque la realidad de la presión asistencial ha desvirtuado las pretensiones iniciales, decantándolos en sentido funcional muy diferente.

Diferentes estudios coinciden en que la proporción de trastornos psiquiátricos entre los pacientes de los servicios médicos generales está entre un 20% y un 30%. Una de cuatro personas atendidas en Atención Primaria presenta algún problema de salud mental, (Markez et al. 2000). Retolanza, Cabrera y Terradillos (2006, 207) describen las condiciones medias de atención de un médico de Atención Primaria:

El cupo medio por médico es de 1539 pacientes, lo que genera algo más de 6000 consultas anuales por médico, 4 consultas por habitante y año, lo que supone que el promedio diario de pacientes a visitar por cada médico (en las 215 jornadas laborales) sería de 30 pacientes, a los que podrá dedicar 5-7 minutos en cada consulta¹⁸¹. La pregunta es: ¿Qué se puede hacer en este tiempo con el trabajo en salud mental?

Así las cosas, los servicios sanitarios de Atención Primaria difícilmente pueden realizar su papel de filtro, contención y tratamiento. La consecuencia es que un gran número de los pacientes que llegan con problemática relacionada con la salud mental a Atención Primaria son derivados a los servicios especializados, de modo que las demandas de atención no dejan de crecer, lo que satura las consultas de los centros de Salud Mental comunitarios.

La paradoja se encuentra en que junto a las consultas plenamente justificadas (trastornos mentales que requieren abordaje especializado), lo que realmente ha desbordado la capacidad asistencial es la irrupción de los denominados “problemas menores”, demandas que incluyen muchos problemas sociales, ligados a malestares propios de la vida cotidiana, las condiciones difíciles del entorno y la incapacidad personal para afrontar las diferentes adaptaciones a acontecimientos vitales negativos o estresantes. Se ha descrito que un 24.4% de los pacientes nuevos que consultan en un centro de salud mental, derivados desde Atención Primaria, no presentan ningún trastorno mental diagnosticable. (Ortiz Lobo et al. 2006, Ortiz Lobo et al. 2009, Ortiz Lobo, 2011, Serrano Lozano, 2014).

Este desbordamiento de las consultas tiene dos consecuencias inmediatas: el detrimento de la atención al enfermo mental grave y la psiquiatrización errónea de problemas que deberían encontrar otro tipo de respuesta, (cuestiones sobre las que nos detendremos más adelante). Con todo, los Centros de Salud son los dispositivos con mayor desarrollo como consecuencia de la "reforma". Un estudio cuantitativo demuestra la desigual distribución por CCAA, ya que los ratios, en 2010, oscilaban entre un Centro de Salud Mental público por cada 170.000 habitantes en la Comunidad de Madrid y 1/53.000 habitantes en el País Vasco.

¹⁸¹ Aunque estos datos son recogidos en 2006, las condiciones en 2015 no son diferentes. La Plataforma 10 minutos, El Foro de Médicos de Atención Primaria, la Organización Colegial etc. Mantienen las mismas reivindicaciones que entonces, un mínimo de 10 minutos por paciente, actualmente está en 7 minutos, y reducción del cupo de pacientes que la media en la actualidad está en 2300. Datos de la página de Diario Médico interactivo, septiembre 2015. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/informe/a.p.htm>

Tabla 9: Centros de Salud Mental de Adultos

AÑOS	2005		2010	
	Tota C.A.	Tasa 100000 h.	Total en la C.A.	Tasa 100000 h.
Andalucía	72	0,92	77	0.93
Aragón	20	1,58	18	1.34
Asturias	15	1,41	16	1.74
C. de Madrid	36	0,61	36	0.56
C. de Murcia	14	1,08	14	0.97
C. Valenciana	58	1,24	72	1.41
Cantabria	6	1,07	6	1.02
Castilla la Mancha	21	1,15	21	1.01
Castilla León	36	1,52	36	1.40
Cataluña	69	0,99	87	1.16
Extremadura	15	1,42	18	1.63
Galicia	35	1,30	38	1.36
Islas Baleares	8	0,81	8	0.73
Islas Canarias	22	1,12	24	1.14
La Rioja	Sin datos		4	1.24
Navarra	Sin datos		9	1.43
País Vasco	39	1,84	41	1.89
Total	466	1,23	525	1.32
Promedio	31,07	1,20	27.41	1.22
Desv. estándar	21,11	0,32	25.87	0.33

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental.

Tabla 10: Centros de Salud Mental Infanto Juvenil

AÑOS	2005		2010	
	Número Total en la CA	Tasa por 100.000 hab	Número Total en la CA	Tasa por 100.000 hab
Andalucía	13	0,17	14	0,17
Aragón	8	0,63	8	0,59
Asturias	4	0,38	4	0,37
C. de Madrid	30	0,51	33	0,52
C. de Murcia	2	0,15	9	0,62
C. Valenciana	6	0,13	21	0,41
Cantabria	2	0,36	2	0,34
Castilla la Mancha	7	0,38	7	0,34
Castilla León	7	0,29	11	0,43
Cataluña	42	0,60	71	0,95
Extremadura	2	0,19	3	0,27
Galicia	8	0,30	8	0,29
Islas Baleares	3	0,31	2	0,18
Islas Canarias	Sin datos	Sin datos	4	0,19
La Rioja	Sin datos	Sin datos	1	0,31
Navarra	Sin datos	Sin datos	1	0,16
País Vasco	21	0,99	8	0,37
Total	155	0,86	207	0,79
Promedio	11,07	0,38	9.12	0,38
Desv. estándar	11,95	0,23	17.50	0,20

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental. <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

4.1.2 Unidades de Hospitalización Breve (camas de corta estancia)

Las Unidades de Hospitalización en los hospitales generales son un servicio implantado en todo el territorio, cuya función se encuadra en los aspectos más sanitarios de la asistencia. Se diferencian de otros dispositivos de la red en la existencia de cuidados de enfermería continuados durante todo el tiempo de estancia. Atienden a aquellas personas que están más agudamente enfermas, que sufren altos niveles de angustia y que por

las peculiaridades de su proceso de enfermedad (descompensaciones, ausencia de conciencia de enfermedad, incumplimiento terapéutico, tendencia a consumir sustancias psicoactivas...), momentáneamente no pueden ser atendidos en sus propios hogares o en otro tipo de recursos en la comunidad.

Pero, como señalan Desviat y Moreno (2012, 413), las condiciones que llevan a un ingreso no dependen sólo de la patología, sino a veces más aún de situación del desarrollo de la atención comunitaria y la red asistencia, así como de los apoyos y coordinación de los sectores implicados. Es una de las razones que explica las diferencias del uso de la hospitalización en unas áreas y otras. Ante el lento desarrollo de los recursos intermedios en casi toda España se empezó a hablar del fenómeno de la “puerta giratoria”. Fenómeno descrito por primera vez en los años 60, en relación con la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos. Se trata de pacientes con múltiples y continuos ingresos y altas en Unidades de Agudos de Psiquiatría, que suponen un importante porcentaje del total de los ingresos, con enorme carga para el sistema sanitario y consumo desproporcionado de recursos sanitarios. Linares et al. (2002, 78-86) muestran en su estudio que un 7.5 % del total de los pacientes supusieron en un determinado periodo de tiempo el 29.4% del total de los ingresos en dicha Unidad. Otro estudio en una Unidad de Hospitalización Breve de Zaragoza (Ortega Aladrén, 2012, 3) muestra que de los 53 pacientes incluidos en el estudio y en los tres años que dura la investigación, suponen el 21.08% del total de ingresos que se produjeron en la Unidad, un porcentaje muy elevado para esa pequeña cantidad de pacientes.

La situación más frecuente es que las unidades de hospitalización se han visto desbordadas (sobresaturación) y con una permanente necesidad de camas. Esto conduce a abordajes meramente farmacológicos que, en la medida que disminuyen los síntomas más floridos, derivan en altas prematuras. En estas condiciones, los pacientes de vuelta a su entorno se encuentran con la fuente estresante, dando lugar de nuevo a la crisis y su ingreso en el hospital para su tratamiento, (Huertas, 2006, 267-276).

Al inicio de la reforma el número de camas psiquiátricas en los hospitales generales era prácticamente inexistente (o no se dispone de información fiable), este tipo de ingresos se realizaba en unidades específicas situadas en el mismo hospital psiquiátrico. A partir de 1986 se produce un rápido y significativo aumento de las unidades de hospitalización breve en los Hospitales Generales. Siguiendo los datos del Instituto Nacional de Estadística (Ministerio de Sanidad y Consumo 1994, 1995,1996), en 1991 se contabilizan ya 88 unidades, dotadas con un total de 2107 camas (0,54 por 10.000 habitantes). Su número siguió aumentando durante los años siguientes de forma que en 1996, existían ya 109 unidades, con un total de 2467 camas, (García González, 2000).¹⁸². El número de Unidades de hospitalización breve situadas en hospitales psiquiátricos va

¹⁸² García González J. (2000). Análisis de la Reforma y de la Desinstitucionalización Psiquiátrica en España. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo (2000). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a2.htm

disminuyendo en la medida en que son sustituidas por las de nueva creación, pero todavía en el año 2000 un 40% de las unidades de hospitalización breve se encuentran ubicadas en hospitales psiquiátricos, (Bravo, 2000, 50). De los datos recogidos por el Observatorio en el informe correspondiente al año 2010, observamos una importante evolución en la implantación de camas de corta estancia a un nivel cuantitativo:

Tabla 11: Unidades de hospitalización breve Adultos

AÑO 2010	En Hospital General			En Hospital psiquiátrico		
	Nº Unidades	Nº Camas	Nº Camas (Tasa por 100.000 hab.)	Nº Unidades	Nº Camas	Nº Camas (Tasa por 100.000 hab.)
Andalucía	20	558	6,72	0	0	0
Aragón	6	76	5,65	0	0	0
Asturias	5	84	7,74	0	0	0
C. de Madrid	19	427	6,69	3	106	1,66
C. de Murcia	5	92	6,36	1	26	1,80
C. Valenciana	19	319	6,26	0	0	0
Cantabria	1	34	5,77	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla la Mancha	6	139	6,68	0	0	0
Castilla León	10	219	8,54	1	22	0,86
Cataluña	15	374	5,00	5	282	3,77
Extremadura	3	58	5,26	2	60	5,44
Galicia	9	212	7,58	0	0	0
Islas Baleares	6	Sin datos	Sin datos	0	Sin datos	Sin datos
Islas Canarias	7	156	7,41	0	0	0
La Rioja	1	18	5,60	0	0	0
Navarra	3	64	10,15	0	0	0
País Vasco	6	190	8,75	2	41	1,89
Totales/rangos	141	3.020	5,15	14	537	5,44
Promedio	8,29	188,75	6,49	0,88	35,80	0,91
Desv. estándar	6,23	156,67	1,47	1,27	68,89	1,49

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental. <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

Las Unidades de hospitalización breve infanto juvenil, son de muy reciente creación, y al no tener “antecedentes” se ubica en los hospitales generales, tal como se estipula en el modelo. En general hay un déficit muy significativo de dispositivos en Unidades de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil, en 2005 sólo había en Andalucía, Cataluña, Euskadi, Madrid y Valencia. En Cataluña estos dispositivos son concertados.

Tabla 12: Evolución Unidades de Hospitalización breve infanto juvenil entre 2005 y 2010.

Años	2005		2010	
	Unidades de Hospitalización	Nº de camas	Unidades de Hospitalización	Nº de camas
Andalucía	2	8	3	16
Aragón	Sin datos	Sin datos	0	Sin datos
Asturias	Sin datos	Sin datos	1	5
C. de Madrid	2	31	2	39
C. de Murcia	Sin datos	Sin datos	0	0
C. Valenciana	4		3	12
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla la Mancha	Sin datos	Sin datos	1	15
Castilla León	Sin datos	Sin datos	1	8
Cataluña	4	46	12	103
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	Sin datos	Sin datos	0	Sin datos
Islas Baleares	Sin datos	Sin datos	1	6
Islas Canarias	Sin datos	Sin datos	2	0
La Rioja			0	0
Navarra			1	4
País Vasco	3	14	3	20
Total	15	99	30	228
Promedio	3		0,88	8,06
Desv. estándar	4,85		3,00	25,89

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental. <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

4.1.3 Recursos de Rehabilitación Psicosocial o media estancia

En la medida que los nuevos pacientes graves y crónicos han precisado una asistencia más intensiva y los servicios comunitarios se ven desbordados en sus posibilidades de intervención, se estructuran los nuevos servicios de internamiento, con unas características muy diferentes a los antiguos manicomios; tamaño reducido, no más de 30 camas, abordaje asistencial sanitario y rehabilitador intensivo, y con la perspectiva de integración en la comunidad o en un centro residencial de tipo social, en un medio plazo.

Los recursos de rehabilitación psicosocial en el ámbito psiquiátrico son poco ortodoxos desde el punto de vista del modelo sanitario tradicional. De hecho, la dependencia gestora de este tipo de recursos es extremadamente variopinta en todo el territorio; desde algunas CCAA en la que todos sus recursos rehabilitadores pertenecen a la red sanitaria (Andalucía, Baleares), a CCAA que la entidad gestora puede ser para algunos la red sanitaria y la red sociosanitaria en otros (Euskadi); otras en las que su gestión se hace desde Servicios Sociales, Ayuntamientos o Diputaciones, o una mezcla de todas ellas.

Y, finalmente, el modelo que se va imponiendo en los últimos años es el modelo de gestión concertada con Entidades no lucrativas (Fundaciones) o Asociaciones de familiares. También tienen denominaciones variadas; en Andalucía y Asturias se denomina Comunidad Terapéutica; en Canarias, Euskadi y Extremadura, se denominan Unidad de Rehabilitación psiquiátrica; en Galicia Unidad Hospitalaria de Rehabilitación; en Madrid Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación; en Navarra, Clínica de Rehabilitación; y en Aragón Unidad de Media Estancia.

En cualquier caso, la particularidad de este tipo de recursos, que los sitúa en la intersección entre los sistemas sanitarios y sociales, condiciona que la integración y coordinación entre redes resulte más difícil. Son los últimos que se desarrollan, y acusan todavía hoy grandes carencias.¹⁸³

¹⁸³ Recordemos, la ratio de la AEN, siguiendo criterios internacionales es de 20 plazas por 100000 habitantes (Bravo Ortiz, 2000. 51).

Como veremos en la siguiente tabla:

Tabla 13: Evolución de los recursos de Rehabilitación Psicosocial entre 2005 y 2010:¹⁸⁴

años	2005			2010		
	Comunidad Autónoma	Total en la C.A	Total de camas	Tasa por 100.000 hab	Total en la C.A	Total de camas
Andalucía	13	261	3,33	14	290	3,49
Aragón	4	114	9,00	6	190	14,12
Asturias	4	63	6,00	8	110	10,14
C. de Madrid	3	123	2,09	8	206	3,23
C. de Murcia	1	58	4,50	4	125	8,64
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	1	50	0,98
Cantabria	2	393	70,00	1	100	16,97
Castilla la Mancha	3	82	4,52	5	119	5,72
Castilla León	8	250	10,53	14	295	11,51
Cataluña	3	514	7,35	19	570	7,62
Extremadura	3	105	10,00	4	Sin datos	Sin datos
Galicia	6	160	5,97	8	561	20,06
Islas Baleares	2	39	4,00	4	87	7,94
Islas Canarias	3	216	11,00	4	215	10,22
La Rioja	Sin datos			1	26	8,08
Navarra	Sin datos			5	307	48,69
País Vasco	9	339	16,00	11	259	11,92
Total	64	2717,18	67,91	117	3510	47,70
Promedio	4,57	19458	11,74	3,67	160,25	11,14
Desv. estándar	3,56	142,38	17,18	6,2	166,85	10,69

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental. <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

¹⁸⁴ Los datos disponibles en 2015 no están desagregados por CCAA. El Observatorio sólo ofrece el cómputo total, el número de dispositivos de rehabilitación psicosocial en 2014 es 175.

4.1.4 Recursos Intermedios o de Rehabilitación Ambulatoria

La creación de los denominados recursos intermedios o Centros de Rehabilitación ambulatoria es la más tardía y presenta importantes carencias en la actualidad. Son servicios eminentemente rehabilitadores de atención especializada a medio-largo plazo, sin internamiento pero con un seguimiento continuado, los pacientes acuden diariamente a los centros, volviendo a su residencia habitual.

Dentro de los servicios intermedios cabe distinguir claramente el Hospital de Día, de carácter eminentemente sanitario, y el resto de servicios que pueden catalogarse de carácter psicosocial. La implantación de los Hospitales de Día se encuadra en la necesidad de un soporte para la transición desde la hospitalización hasta el domicilio. Generalmente está ubicado en el hospital general y su función queda definida en la atención a la rehabilitación clínica.

En lo referente a los dispositivos asistenciales intermedios de tipo comunitario, se mantiene una gran dificultad para obtener una información fiable. Se encuentra una escasa unidad de criterio respecto a lo que significa Centro de Día, Taller de Rehabilitación, Club psicosocial, Centros de Rehabilitación psicosocial ambulatoria, Centro de rehabilitación laboral y otros diferentes servicios de atención psiquiátrica a lo largo de todo el territorio.

Como señala Chicharro (2000, 135) la definición de un recurso no siempre se corresponde con el contenido de sus programas, originando confusión al hacer un “inventario” de los disponibles.

La siguiente tabla recoge algunas diferencias en el criterio de denominar a los dispositivos ambulatorios de rehabilitación.

Tabla 14: Denominaciones de los dispositivos de rehabilitación ambulatoria:

Comunidad Autónoma	Denominación
Andalucía	Unidad de Rehabilitación
Aragón	Centro de Día
Asturias	Variable en cada Área
C. de Madrid	CRPP, Centro de Rehabilitación Psicosocial
C. de Murcia	Unidad de Rehabilitación
C. Valenciana	CRIS, Centros de Rehabilitación e Integración Social
Cantabria	Centro de Rehabilitación
Castilla la Mancha	Centros de Rehabilitación
Castilla León	Centro de Rehabilitación
Cataluña	Centros de rehabilitación
Extremadura	Centros de Rehabilitación
Galicia	Centro de Rehabilitación
Islas Baleares	Unidad Comunitaria de Rehabilitación
Islas Canarias	Centros De Rehabilitación
La Rioja	Unidad de Rehabilitación
Navarra	Centros de Rehabilitación
País Vasco	Hospital de Día, Centro de Día

Fuente: Salvador I. (coord.) AEN. (2005). El Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la Atención a la Salud Mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. Cuadernos Técnicos nº 7. Madrid, AEN, p.110, tabla 46.

A las diferentes denominaciones que tienen estos servicios se añade la diferente adscripción administrativa (sanitaria, sociosanitaria, servicios sociales, diputaciones...) y la tendencia a servirse de conciertos con entidades o fundaciones sin ánimo de lucro o con servicios brindados desde asociaciones de familiares y usuarios.

Hasta 2003, los únicos datos disponible en el ámbito de todo el estado son los recogidos bajo el epígrafe de "Hospitales y Centros de Día" en las Encuestas Nacionales de Salud Mental (Ministerio de Sanidad, 1994, 1995, 1996). En ellas, se registran, en 1992, 2664 plazas de Centros de Día, que se incrementaron a 3926 en 1995 (9,9 plazas por 100.000 habitantes). Como ocurre con la mayoría de los servicios asistenciales, también

en este caso, las tasas oscilan de manera significativa de unas Comunidades a otras, como reflejan las siguientes tablas.

Los datos sobre el número y plazas de estos servicios, siguiendo el criterio tomado por el Observatorio, distingue por un lado Hospitales de Día (adultos e Infanto juvenil) y por otro los Centros de Rehabilitación Ambulatoria (Centros de Día). Se obtienen con el generador de estadísticas del Observatorio, reflejándose en las tablas la actualización 2010, última efectuada.

Tabla 15: Hospitales de Día (adultos)

Comunidad Autónoma	Número total en la CA	Número de plazas	Tasa por 100.000 hab
Andalucía	15	320	3,85
Aragón	2	35	2,60
Asturias	0	0	0
C. de Madrid	15	380	5,95
C. de Murcia	1	Sin datos	Sin datos
C. Valenciana	6	117	2,30
Cantabria	1	12	2,04
Castilla la Mancha	5	100	4,80
Castilla León	7	138	5,38
Cataluña	27	645	8,63
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	7	135	4,83
Islas Baleares	6	93	8,49
Islas Canarias	0	0	0
La Rioja	0	0	0
Navarra	3	50	7,93
País Vasco	10	247	11,37
Total	83	1.411,02	9,33
Promedio	4,88	83,00	4,01
Desv. estándar	7,37	180,88	2,81

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental. <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

Tabla 16: Hospitales de Día Infanto-Juvenil

Comunidad Autónoma	Número total	Número de plazas	Tasa por 100.000 hab
Andalucía	13	252	3,04
Aragón	0	Sin datos	Sin datos
Asturias	0	0	0
C. de Madrid	6	175	2,74
C. de Murcia	1	Sin datos	Sin datos
C. Valenciana	0	Sin datos	Sin datos
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla la Mancha	2	40	1,92
Castilla León	0	Sin datos	Sin datos
Cataluña	22	449	6,01
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	0	Sin datos	Sin datos
Islas Baleares	0	0	0
Islas Canarias	2	90	4,28
La Rioja	0	0	0
Navarra	1	10	1,59
País Vasco	5	45	2,07
Total	9	171,92	4,42
Promedio	0,53	10,11	1,27
Desv. estándar	6,49	133,96	1,54

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental.
<http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

Tabla 17: Centros de Rehabilitación Psicosocial Ambulatoria o Centros de Día

Comunidad Autónoma	Número total en la CA	Número de plazas	Tasa por 100.000 hab
Andalucía	9	300	3,61
Aragón	12	568	42,22
Asturias	7	123	11,33
C. de Madrid	25	1.830	28,65
C. de Murcia	4	238	16,45
C. Valenciana	18	868	17,04
Cantabria	6	256	43,45
Castilla la Mancha	19	1.240	59,58
Castilla León	11	254	9,91
Cataluña	60	1.823	24,39
Extremadura	7	410	37,19
Galicia	24	819	29,29
Islas Baleares	5	140	12,78
Islas Canarias	23	445	21,15
La Rioja	1	25	7,77
Navarra	5	264	41,87
País Vasco	34	1.004	46,22
Total	175	278,94	55,96
Promedio	10,29	16,41	26,64
Desv. estándar	15,73	842,95	16,15

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental.
<http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

Otros recursos para la atención a la salud mental son los Centros de rehabilitación laboral, las alternativas residenciales, los recursos dirigidos al ocio y tiempo libre, programas continuidad de cuidados y de atención domiciliaria y unidades de atención a la drogodependencia.

Por su interés reflejamos los datos de 2010 referidos a los centros de rehabilitación laboral y las alternativas residenciales:

Tabla 18: Centros de Rehabilitación Laboral Ambulatoria

Comunidad Autónoma	Número total de dispositivos en la CA:	Número de plazas	Tasa por 100.000 hab
Andalucía	8	Sin datos	Sin datos
Aragón	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Asturias	0	0	0
C. de Madrid	18	890	13,93
C. de Murcia	4	180	12,44
C. Valenciana	2	40	0,79
Cantabria	1	Sin datos	Sin datos
Castilla la Mancha	13	250	12,01
Castilla León	0	Sin datos	Sin datos
Cataluña	30	895	11,97
Extremadura	3	110	9,98
Galicia	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Islas Baleares	4	Sin datos	Sin datos
Islas Canarias	4	Sin datos	Sin datos
La Rioja	0	0	0
Navarra	3	136	21,57
País Vasco	1	Sin datos	Sin datos
Total	78	0	21,57
Promedio	4,59	0	4,86
Desv. estándar	8,11	327,89	5,93

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental. <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

Tabla 19: Alternativas Residenciales

Comunidad Autónoma	Plazas totales	Tasa por 100.000 habitantes	Plazas en pisos tutelados	Plazas pisos supervisado	Plazas en Hostal o Pensión	Plazas en Mini Residencia/Hogares
Andalucía	2.330	28,06	764	753	11	802
Aragón	146	10,85	137	Sin datos	Sin datos	9
Asturias	29	2,67	29	Sin datos	Sin datos	Sin datos
C. de Madrid	763	11,95	Sin datos	276	22	465
C. de Murcia	25	1,73	10	15	0	0
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	139	Sin datos	Sin datos
Cantabria	27	4,58	7	Sin datos	Sin datos	20
Castilla la Mancha	299	14,37	Sin datos	171	Sin datos	128
Castilla León	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cataluña	Sin datos	Sin datos	1.020	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Extremadura	104	9,43	44	Sin datos	Sin datos	60
Galicia	506	18,10	253	173	Sin datos	80
Islas Baleares	72	6,57	7	33	0	32
Islas Canarias	358	17,02	0	208	0	150
La Rioja	0	0	0	0	0	0
Navarra	134	21,25	14	Sin datos	Sin datos	120
País Vasco	534	24,58	Sin datos	240	115	139
Total	4.561	26,33	893	811	30	2.309
Promedio	268,29	10,07	52,53	47,71	1,76	135,82
Desv. estándar	557,71	7,75	306,50	202,33	28,86	199,80

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental. <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/index.php>

4.1.5 Unidades específicas

Como consecuencia de la presión social, y el activismo de determinadas asociaciones de afectados, aun en contra de los principios de la reforma, se crearon servicios específicos, para patologías concretas. Así, en prácticamente todas las comunidades

existe una unidad de trastornos alimenticios. En otras se crearon o adaptaron servicios dirigidos a los problemas de la dependencia a sustancias. Y como programa único, una unidad de trastornos de la personalidad en Aragón.

Tabla 20: Unidades específicas por CCAA

CCAA	UNIDAD ESPECÍFICA	UNIDAD ESPECÍFICA	UNIDAD ESPECÍFICA	UNIDAD ESPECÍFICA
ARAGÓN	T. CONDUCTA ALIMENTARIA	T. DE PERSONALIDAD		
ASTURIAS	T. CONDUCTA ALIMENTARIA			
BALEARES	T. CONDUCTA ALIMENTARI			
CANARIAS	UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN			
CANTABRIA	T. CONDUCTA ALIMENTARI			
CASTILLA LA MANCHA	T. CONDUCTA ALIMENTARI			
CASTILLA LEÓN	T. CONDUCTA ALIMENTARI	UNIDAD PATOLOGÍA DUAL	UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN	
CATALUÑA	UNIDAD DE CRISIS DE ADULTOS	UNIDAD PATOLOGÍA DUAL	UNIDAD PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA	
EUSKADI	UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN			
GALICIA	T. CONDUCTA ALIMENTARIA			
MADRID	UNIDAD DE GERONTO-PSIQUIATRÍA	UNIDAD DE TOXICOMANÍAS	UNIDAD DE ALCOHOLISMO	UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN
MURCIA	T. CONDUCTA ALIMENTARIA			
VALENCIA	T. CONDUCTA ALIMENTARIA			

Fuente: Salvador I. (coord.). AEN. (2005). El Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la Atención a la Salud Mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. Cuadernos Técnicos nº 7. Madrid, AEN. P. 90, tabla 23

Este repaso de los datos de los recursos de salud mental refleja, sin lugar a dudas, que de un modo generalizado se han diversificado en el conjunto del estado las redes asistenciales, los dispositivos y las prestaciones. La red asistencial consta actualmente de una importante diversidad de dispositivos territorializados y cada área cuenta con aquellos necesarios para atender a la enfermedad mental en su proceso clínico. Pero también hemos podido constatar la diferente proporción de recursos, en lo relativo a la

ratio de cama o dispositivo por 100.000 habitantes en las diferentes Comunidades Autónomas. También se observa en determinadas CCAA, una importante precariedad en el desarrollo de redes de cuidados intermedios, especialmente en cuanto se refiere a las alternativas residenciales y laborales, centros de día, o talleres ocupacionales para pacientes mentales con cierto grado de discapacidad o de minusvalía. Esta es una de las carencias que viene denunciándose de forma reiterada por las asociaciones de familiares y enfermos como en los informes del Defensor del Pueblo.¹⁸⁵

Las dificultades encontradas en desarrollo de los nuevos recursos comunitarios (Centros de Salud Mental y Unidades de Hospitalización en hospitales generales), derivan sobre todo del especial tratamiento que requiere el enfermo mental grave: seguimiento directo, coordinación de diferentes dispositivos, referente asistencial accesible y permanente...; por lo que en el sistema general encuentran carencias importantes en su atención, que determinan la sobrecarga, a menudo dramática, de muchos familiares de los enfermos graves, tema que trataremos más adelante. La detección de estas dificultades ha conducido en la mayoría de las CCAA a la elaboración de programas específicos de continuidad de cuidados. Ejemplo de estos programas son los “Case management” y el “Tratamiento asertivo comunitario”. Programas dirigidos a aquellos pacientes psicóticos con una patología grave y crónica que tienen asignado un equipo, un tutor o gestor de caso, que coordine la atención integralmente, de modo que asegure que dichos pacientes reciben unos servicios, continuos y de acuerdo a sus necesidades. Y también a la implantación de los recursos complementarios a la atención comunitaria.

De cualquier modo, a nuestro juicio, una vez cubiertas las necesidades mínimas de recursos asistenciales (sanitarios y sociales), la eficiencia y calidad del servicio que se presta a la población, no depende tanto de la dotación material como de la organización y gestión asistencial. Como nos recuerda Rodríguez Pulido (2011, 5): *“La red de soporte comunitario debe ser funcional y no fragmentada en áreas estancos, facilitando que prime la cooperación entre los actores de los distintos procesos. Un conjunto de espacios (sanitario, social, y laboral), cada uno con su propia red, y en conjunto, conformando una red de redes”*. El concepto de red asistencial parte de la corresponsabilidad, en la que las instituciones acuerdan realizar acciones conjuntas para el enfrentamiento de una problemática de la sociedad o de una comunidad. Los recursos se disponen en la medida que las necesidades las marque el paciente, y de este modo rentabilizar los escasos recursos disponibles y evitar duplicidades. En esencia es un modelo de planificación en función de criterios técnicos y poblacionales.

Pero la realidad a veces ha chocado con este criterio y hemos podido observar cómo se crean dispositivos fuera de las necesidades reales ajustadas a las prioridades secuen-

¹⁸⁵ Defensor del Pueblo (2010). Informe Anual a las Cortes Generales. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/anual/Documentos/InformeAnualCortesGenerales2010.pdf>

Defensor del Pueblo (2002). Informe del Defensor del Pueblo Andaluz al Parlamento de Andalucía sobre la gestión realizada durante 2001. Sevilla.

cialmente establecidas en planes perfectamente evaluados. Unas veces por intereses particulares o compromisos partidistas; otras creando uno u otro servicio a partir de motivaciones circunstanciales presumiéndose, como generalmente acaba ocurriendo, que la gran demanda y la permanente insuficiencia de recursos asistenciales hará imprescindible su utilización, con lo que la asistencia y los usuarios habrán de adaptarse a la oferta existente y sus particulares modalidades, (Espino Granada, 2002, 43 y 49). Un ejemplo de esta desviación de la planificación oficial y del consenso alcanzado en aras de un sistema integrado e integral, es el notable desarrollo de servicios dirigidos a patologías específicas, como son los trastornos de alimentación, conductas adictivas..., patologías que generan mayor presión social y cuyo desarrollo está más vinculado a rentabilidad política que a los principios que guían el modelo asistencial. Por supuesto que la problemática que atienden requiere unos programas concretos y una atención de calidad, pero no necesariamente en recursos específicos. Sirva en este sentido la observación recogida en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en 2007:

«Mayor atención han merecido algunos programas específicos como: los trastornos de la alimentación, las conductas adictivas y preadictivas y los trastornos graves de conducta, en muchos casos más por presiones diversas —mediáticas, alarma social, interpelaciones parlamentarias— que por informes y documentos técnicos. Esa atención diferenciada ha generado en ocasiones problemas de coordinación derivados de crear unidades al margen de la red general, alentando además la percepción de que existen subgrupos de pacientes con «privilegios» asistenciales, con la consiguiente percepción de discriminación y agravio comparativo», (Estrategia SNS, 2007, 89).

Otro fenómeno, muy generalizado en los últimos años en todas la CCAA, es la tendencia a que, ante la carencia pública, se concierta la asistencia con centros privados y también a trasladar la gestión de centros y servicios, en principio de titularidad pública, a entidades privadas. Actuaciones que numerosas asociaciones profesionales, de usuarios y también plataformas ciudadanas, denuncian como privatización de los servicios sanitarios. El informe del Instituto de Información Sanitaria “Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Indicadores Hospitalarios. Evolución 2000-2005”¹⁸⁶, refleja cómo en la medida en que disminuyen proporcionalmente las camas dependientes de la administración pública se incrementan las de carácter privado.

Tabla 21: Evolución del número de camas de hospitalización

CAMAS PSIQUIÁTRICAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sector público	7563	7225	6912	6396	6319	5926
Sector privado	10388	10436	10758	10625	10673	11216

Fuente: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Instituto de Información Sanitaria. Informe del Instituto de información sanitaria. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Mayo 2008, p. 7.

¹⁸⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Evolución 2000-2005. Madrid. 2008. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCRI2008.pdf>

Otro claro ejemplo lo tenemos en la evolución de los centros de gestión privada en salud mental dependientes de la Consejería de Sanidad en Madrid entre 2000 y 2014:

Tabla 22: Evolución de los servicios de Salud Mental en Madrid entre el año 2000 y 2014

	Año 2000	Año 2014
Centros de Salud Mental	CSM Aranjuez (1986) Total 1	CSM Aranjuez CSM Moncloa (2009) * CSM Arganzuela (2012) * CSM Valdemoro (2012) * CSM Navalcarnero (2012) * CSM Torrejón (2012) * CSM Collado-Villalba (2014) * Total 7
Servicios Hospitalarios (UHB)	Benito Menni (20 camas) Total 1 (20 camas)	F. Jimenez Díaz 2003 (19 camas) * Benito Menni (20 camas) H. Rey Juan Carlos 2012 (30 camas) ** Nuestra S ^a de La Paz 2012 (10 camas) ** Total 4 (79 camas)
Hospitales de Día Adultos HD Infanto-juvenil	H.D Instituto Montreal (20 plazas) HD Carabanchel (30plazas) Total 2 (50 plazas)	HD Villaverde Adultos 2004 (20 plazas) ** H.D Instituto Montreal (20 plazas) HD Carabanchel (30 plazas) HD de Leganés 2006 (20 plazas) ** Total 4 (90 plazas)
Camas de media estancia: -Unidades Hospitalarias de Tto y Rehabilitación Adultos -Comunidad Terapéutica -Unidad de Media Estancia Adolescentes	UHTR Benito Menni (30 camas) UHTR San Juan de Dios (30 camas) Total 2 (60 camas)	UHTR Benito Menni (30 camas) UHTR San Juan de Dios (35 camas) UHTR San Miguel 2006 (48 camas) * Comunidad Terapéutica 'San Miguel' de T. Personalida 2008 (17 plazas) ** UME Adolescentes CASTA. 2015 (30 plazas) ** Total 4 (160 camas)
-Camas de Larga Estancia -Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados	UCPP Benito Menni (220 camas) UCCP San Juan de Dios (244 camas) Total 2 (464 camas)	UCPP Benito Menni (220 camas) UCCP San Juan de Dios (270 camas) UCCP Arévalo 2006 (39 camas) ** Total 3 (529 camas)
Otros		Unidad de Patología Dual N ^a Señora de La Paz (23 camas) ** Unidad de Deshabitación de Cocaína N ^a Señora de La Paz (25 camas) ** Unidad de Atención Temprana a las Psicosis de Alcalá 2014 (30 plazas) **

* Centros públicos que fueron privatizados

** Centros de nueva creación

Fuente: Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM). Febrero de 2015. Disponible en: <http://amsm.es/page/4/>

Por último señalar que en los últimos años se viene observando un deterioro de la asistencia por restricciones presupuestarias y reducción de recursos, primando los factores económicos y desmantelando el sistema hasta hacerlo ineficiente. En este sentido son numerosas las protestas y reivindicaciones. En el cuadro siguiente se muestran dos ejemplos que lo reflejan.

(Al Sr....) «...no le importa vulnerar derechos fundamentales de los pacientes, familias y trabajadores, orientando la gestión exclusivamente al recorte en la atención sanitaria, sin contemplar los principios básicos de la rehabilitación de personas con enfermedades mentales crónicas, con discapacidades asociadas, considerando la intervención como algo que desprecia a profesionales con una experiencia dilatada como los que lo trabajan desde hace más de 25 años. Utiliza el copago de los servicios sanitarios, aun incumpliendo los principios del catálogo de prestaciones sanitarias elementales de gratuidad, como un elemento arbitrario en su recaudación, obligando a la empresa adjudicataria a equilibrar su cuenta de resultados / beneficios a través de la presión a los pacientes para que paguen los servicios. Impone un modelo orientado al lucro y obliga a interrumpir la continuidad de un tratamiento crónico limitando la intervención temporalmente. Echa por tierra el trabajo realizado durante casi treinta años en uno de los sectores de la salud más olvidado, la salud mental. Rompe con principios básicos de atención integral y considera la gestión sanitaria como un mero negocio, sin importar la calidad de la atención, la experiencia o la demostrada solvencia profesional. Convierte a los ciudadanos con enfermedades crónicas y discapacidad, sus familias y a los profesionales que los atienden en ciudadanos de segunda. NO SE PUEDE CONSENTIR», (Comité de Empresa Fundación Ramón Rey Ardid. Enero 2015. Zaragoza).

«Eduardo Martínez ha comparecido ante la Comisión de Comparecencias y Peticiones Ciudadanas de las Cortes de Aragón junto con otras dos miembros de la plataforma, Clara Felipe y María Ángeles Cardiel, quienes han reivindicado que continúen abiertas las unidades de salud mental de los barrios de la capital aragonesa por considerar necesario que los pacientes sean atendidos en su contexto vital. El psiquiatra ha valorado la decisión del Departamento de cerrar unidades y reagrupar a los profesionales en dos centros, afirmando que "la vuelta a los modelos hospitalo-céntricos significa trabajar no en equipo o dificultar el trabajo en equipo, centrar el foco de la intervención en las unidades de corta estancia, no en las de salud mental y, desde luego, quedar de espaldas a los equipos multiprofesionales, alejarnos de los dispositivos comunitarios, rehabilitadores», (Zaragoza, 11 Marzo 2014. Europa Press).

Son dos casos de Zaragoza, pero las prácticas privatizadoras y el deterioro de la asistencia son comunes en todo el país. Los profesionales constatan como progresivamente se va desvirtuando “el modelo comunitario de atención a la salud mental”, de modo que se contradicen todos y cada uno de sus principios (universalidad de la asistencia, accesibilidad, atención centrada en comunidad, énfasis en la prevención, promoción y rehabilitación, atención integral que abarque los aspectos físicos, psicológicos y sociales, equipos interdisciplinarios, continuidad de cuidados, coordinación, políticas de salud públicas...). Modelo que recordemos sigue vigente y viene marcado por la Ley General de Sanidad, (Ministerio de Sanidad y Consumo, Estrategia de Salud Mental, 2007, 30-33).

4.2 Recursos humanos

Los datos sobre recursos profesionales previos a 1986 son escasos y muy poco fiables. El primer documento encontrado con referencias a número de profesionales previo al inicio de la reforma es un informe presentado por la Secretaría permanente de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, durante las I Jornadas Internacionales sobre Planificación en salud mental en 1984, ofrece datos del número de profesionales de los servicios públicos del momento:

«En los hospitales psiquiátricos públicos trabajan 1.254 facultativos, contándose entre éstos psiquiatras, psicólogos clínicos y otros especialistas y en los centros extrahospitalarios vemos que 495 psiquiatras atienden las consultas de neuropsiquiatría, 538 asisten otros servicios ambulatorios junto a 197 psicólogos, 202 ATS y 168 Asistentes Sociales», (Espino et al. 1984, párrafo 50).

Datos que los mismos autores consideran poco fiables, por no haber estadística oficial y muchos profesionales compaginan su trabajo en áreas diferentes. Los psiquiatras, con jornadas de escasas horas de dedicación, ocupaban varias plazas en la misma provincia, o compaginaban su trabajo en los manicomios con la asistencia privada. Los psicólogos eran casi inexistentes y con labores subsidiaria del psiquiatra (psicodiagnósticos e informes). Los enfermeros titulados eran escasos y todavía en manos de religiosas con una mínima formación. El resto eran cuidadores y auxiliares, de muy dispar condición de contratación y formación. (Carmona Calvo y del Río Noriega, 2011, 334).

Salvo en los lugares con experiencias previas donde ya se habían producido cambios a nivel de número de profesionales, reubicaciones..., en la mayoría del territorio, se inició la reforma oficial, con un número indeterminado de profesionales, casi todos ubicados en los hospitales psiquiátricos y con la asistencia psiquiátrica ambulatoria en manos de los escasos neuropsiquiatras de la seguridad social. El proceso reformista, que implicaba un auténtico cambio epistemológico en el modo de atender y conceptualizar los problemas de salud mental, también supuso que los profesionales se debían de recolocar en diversos centros comunitarios, con nuevas formas de trabajo y nuevas patologías. Y dentro de las instituciones, la actividad con los pacientes era ampliada y diversificada. Se introdujeron intervenciones psicoterapéuticas diversas, ocupacionales, ocio, participación de los pacientes a través de reuniones conjuntas de personal y pacientes, etc., (Carmona Calvo y Del Río Noriega 2011, 330).

Este proceso requería un importante esfuerzo de reciclaje profesional, desarrollo de nuevas habilidades y prácticas asistenciales y un nuevo currículo formativo. La nueva conformación de la asistencia, pedía competencias que se concretaran en las funciones asistenciales (perfil profesional) propias de cada disciplina. Ahora ya, al menos sobre el papel, las funciones asistenciales son nítidas (véase el apartado 3.2.5 “los profesionales y el equipo asistencial”), estando plasmadas en los planes de CCAA y en los programas formativos de cada especialidad. Otra cosa es dilucidar cómo es la distribución de tareas en la práctica diaria. Y lo que aquí nos interesa: ¿Cómo han evolucionado las funciones asistenciales de los profesionales a lo largo de la Reforma Psiquiátrica en nuestro país?

La literatura relativa a las funciones desempeñadas en los antiguos manicomios y durante el proceso de transformación es escasa y ambigua. Para dar respuesta a esta cuestión hemos preguntado directamente a las personas que vivieron tal experiencia. En los antiguos manicomios trabajaban diferentes profesionales. Los fundamentales eran los psiquiatras y practicantes. Estamentos ambos en escaso número, pero que ostentaban el poder (fundamentalmente los primeros) o controlaban la información y el ejercicio del poder (los segundos). Y finalmente los cuidadores (ejecutores de las órdenes), que obviamente eran los más numerosos y que como su propio nombre indica eran quienes realmente prestaban algún cuidado, además de ejercer la vigilancia y la represión. También había en escaso número psicólogos, trabajadores sociales y otros médicos, con funciones técnicas subsidiarias propias de su titulación. La organización se caracterizaba por una estricta jerarquización, el papel de cada profesional estaba claramente definido y sus funciones mediatizadas por delegación de arriba abajo.

EL preludeo del proceso de transformación fueron cambios estéticos: el manicomio pasó a denominarse hospital psiquiátrico, acompañado de un adecentamiento de las instalaciones. Suponía sustituir la antigua institución custodial, por un centro terapéutico y rehabilitador. Modernización que incorporó nuevos profesionales y una modificación radical de la organización de la asistencia. Realmente resultó una etapa convulsa para los profesionales que llevaban tiempo en los centros, especialmente para los cuidadores y las enfermeras mayores (muchas de ellas religiosas). Con modos de trabajar anclados en antiguas rutinas y una jerarquía rígida, han de asumir que llegan nuevos profesionales y, sobre todo, nuevas ideas de cambio en la institución. La resistencia a cambiar el sistema de trabajo era evidente en un sector profesional con muchos años de inercia manicomial. Aunque tienen noticia de los planes reformistas, son escépticos y de algún modo tienen que mostrar a sus idealistas compañeros que están en un error. Las actuaciones iniciales se basaron en dinamizar la vida de los internados, se diseñaron actividades con los pacientes en las que intervienen diferentes categorías profesionales, grupos de lectura de periódicos o de autocuidados. Se intentó que los pacientes dispusiesen de sus objetos personales, mejorar su aspecto... Todo esto fue vivido por los antiguos auxiliares como una interferencia en sus rutinas y se trasmite como un perjuicio para los pacientes, ya que ahora dicen, están más alterados.

Mientras en el interior se va sorteando la ansiedad por el cambio, los planes empiezan a concretarse: cierre a nuevos ingresos, externalización de los pacientes con menor gravedad y conflictividad, creación de nuevos servicios comunitarios (Centros de salud Mental y Unidades de internamiento breve en hospitales generales). Además, psiquiatras, enfermeras, psicólogos y algún auxiliar son trasladados (casi siempre de forma voluntaria) a los servicios de nueva creación. En este proceso se produce un importante cambio evolutivo en el modo de trabajar de todas las categorías profesionales. La siguiente tabla muestra los criterios del proceso.

Tabla 23: Evolución del modelo de trabajo de los diferentes profesionales:

	MANICOMIO	HOSPITAL PSIQUIATRICO	DISPOSITIVOS DE LA RED DE SM COMUNITRIA
PSIQUIATRA	Representación del poder jerárquico. Diagnóstico. Indicación de tratamientos orgánicos (modelo médico).	Agente de mentalización y dinamizador del cambio. Diagnóstico y tratamiento. Debe adquirir la capacidad de trabajar en equipo	Miembro del equipo multiprofesional. Diagnóstico y tratamiento Debe adquirir una nueva forma de interpretar la enfermedad mental como un proceso multifactorial
ENFERMERO	Aplicación de los tratamientos orgánicos. Ejecutor de la contención y custodia.	Aplicación de los tratamientos orgánicos. Observación e información del estado y evolución de los pacientes. Principal responsable de la implementación de un nuevo ambiente terapéutico y estilo de relación interpersonal en la institución. Agente de detección de las nuevas necesidades para la reconsideración de la planificación.	Miembro del equipo multiprofesional. Aplicación de los tratamientos orgánicos. Implicación en el proceso psicoterapéutico. Diagnóstico y cuidados de enfermería. Principal agente de la prevención en SM Seguimiento y apoyo a pacientes y familiares. Enlace con la sociedad y otros dispositivos.
PSICOLOGO	Generalmente ausente en las plantillas. Función reducida a la realización de test	Escasas incorporaciones. Apoyo y supeditación a la labor del psiquiatra. Agente de análisis y cambio en la dinámica institucional.	Miembro del equipo multiprofesional. Psicodiagnóstico Tratamientos psicoterapéuticos.
T. SOCIAL	Valoración situación social de los internados. Trámites burocráticos y gestiones con otras instituciones.	Valoración situación social de los internados. Agente explorador del entorno social y recursos para la reinserción de los pacientes. Propuesta de alternativas residenciales. Conexión con otros recursos	Profesional a menudo compartido por varios equipos multiprofesionales. Trasferencia paulatina de sus funciones a los trabajadores sociales de la comunidad y a otros agentes sociales.

	MANICOMIO	HOSPITAL PSIQUIATRICO	DISPOSITIVOS DE LA RED DE SM COMUNITRIA
AUXILIAR	Hostelería e higiene. Vigilancia, custodia y contención. Identificación carcelaria, loquero	Principal agente de resistencia al cambio Nuevas incorporaciones, dignificación profesional, formación, y participación en la dinámica terapéutica.	Miembro del equipo multiprofesional. Acompañamiento y seguimiento en las necesidades de los pacientes. Cuidados de la vida diaria, higiene, alimentación, vestido...
OTROS	Mantenimiento e intendencia general (amplio uso de internados)	Limpiadores y trabajadores de intendencia y oficios de mantenimiento (a veces, incipiente participación en comisiones e incluso asambleas terapéuticas) T.Ocupacional/Laborterapia (a menudo explotación)	Transferencia de suministros, limpieza, intendencia y mantenimiento a los Servicios Generales hospitalarios o , externalizados/desentendimiento total hacia las familias y los servicios sociales

Elaboración propia a partir del trabajo de campo y entrevistas.

Tanto la observación personal como todos nuestros entrevistados, constatan que el proceso reformista modificó en profundidad su manera de trabajar, siendo común también a todas las categorías la vivencia de que el cambio de modelo ha producido una mayor implicación y compromiso profesional con los pacientes. Como también es unánime la explicación de su capacidad de trabajo y carencias asistenciales en función de la escasez de personal.

Para valorar si esta escasez de personal sentida por prácticamente todos los encuestados responde a datos “objetivos”, debemos ir a los datos recogidos de la evolución del número de profesionales a lo largo del periodo y también contrastar si su dotación se adecuaba a las nuevas necesidades.

Lamentablemente, de nuevo nos topamos con la falta de datos fiables y con la dificultad para determinar su ubicación y características en la red asistencial. Situación que en los últimos años se ha ido subsanando en lo que concierne a las etapas más cercanas, persistiendo, obviamente, las lagunas de información de periodos anteriores.

Los datos disponibles se reflejan en las siguientes tablas que recogen los profesionales de la atención a la Salud Mental en las CCAA en los periodos 1985/1995/2005/2010:

Profesionales 1985																	
Profesionales	ANDALUCIA	ARAGÓN	ASTURIAS (1982)	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	CASTILLA LEÓN	CASTILLA-LA MANCHA	CATALUÑA	EXTREMADURA	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	P.VASCO	RIOJA	VALENCIA
NEUROPSIQUIATRA	69	9	-	4	8	-	-	15	-	6	31	11	4	18	-	-	13
PSIQUIATRA	232	59	19	18	-	-	-	47	-	28	66	202	9	21	132	-	15
MÉDICOS	-	14	4	2	-	-	-	-	-	10	31	-	-	3	-	-	-
PSICÓLOGO	32	15	3	4	-	-	-	12	-	23	38	91	6	4	-	-	-
ENFERMERO	110	60	11	14	-	-	-	72	-	51	98	213	6	33	-	-	-
AUX. ENFERMERÍA	1218	326	259	174	-	-	-	366	-	396	408	373	-	280	-	-	-
T. SOCIAL	41	13	8	3	-	-	-	14	-	8	36	46	2	10	-	-	-
ADMINISTRATIVOS	-	-	26	-	-	-	-	-	-	32,5	51	-	-	-	-	-	-

Fuente: Pérez F: (Coord.). Dos décadas tras la reforma Psiquiátrica. Colección Estudios nº 36. AEN 2006

Tabla 24: Recursos humanos 1985

Profesionales 1995																	
Profesionales	ANDALUCIA	ARAGÓN	ASTURIAS (1982)	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	CASTILLA LEÓN	CASTILLA-LA MANCHA	CATALUÑA	EXTREMADURA	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	P.VASCO	RIOJA	VALENCIA
NEUROPSIQUIATRA	0	-	-	0	6	-	-	8	-	-	18	4	-	-	-	-	-
PSIQUIATRA	323	58	58	42	77	-	119	60	-	32	99	331	47	34	-	-	-
MÉDICOS	-	21	-	-	-	-	-	31	-	15	22	-	11	6	-	-	-
PSICÓLOGO	150	24	27	30	47	-	61	60	-	31	60	155	38	17	-	-	-
ENFERMERO	345	65	116	56	128	-	137	122	-	92	144	321	49	52	-	-	-
AUX. ENFERMERÍA	652	326	232	190	294	-	156	323	-	362	449	380	71	266	-	-	-
T. SOCIAL	101	17	18	6	20	-	25	30	-	9	38	83	10	19	-	-	-
ADMINISTRATIVO	-	-	-	19	33	-	21	-	-	5	41	-	11	-	-	-	-

Fuente: Pérez F: (Coord.). Dos décadas tras la reforma Psiquiátrica. Colección Estudios nº 36. AEN 2006

Tabla 25: Recursos humanos 1995

Profesionales 2005

Profesionales	ANDALUCIA	ARAGON	ASTURIAS (1982)	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	CASTILLA LEÓN	CASTILLA-LA MANCHA	CATALUÑA	EXTREMADURA	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	P.VASCO	RIOJA	VALENCIA
NEUROPSIQUIATRA	0	1	-	0	0	-	-	2	-	-	-	-	0	-	-	-	-
PSIQUIATRA	446	94	78	58	104	-39	145	118	-	58	152	430	68	38	229	18	225
MÉDICOS	-	21	-	-	-	-	-	-	-	6	17	-	11	7	-	-	-
PSICÓLOGO	217	42	29	51	10	43	81	108	-	54	75	273	46	27	106	11	178
ENFERMERO	526	134	120	117	176	57	196	165	-	90	347	437	84	56	374	23	257
AUX. ENFERMERIA	691	292	135	203	256	-	245	321	-	329	210	506	47	295	768	70	411
T. SOCIAL	113	18	15	23	24	18	31	58	-	19,5	36	117	14	23	78	2	67
ADMINISTRATIVO	161	46	-	20	32	-	31	-	-	16	49	-	-	133	-	-	-

Fuente: Pérez F: (Coord.). Dos décadas tras la reforma Psiquiátrica. Colección Estudios nº 36. AEN 2006

Tabla 26: Recursos Humanos 2005

Profesionales 2010

Profesionales	ANDALUCIA	ARAGON	ASTURIAS (1982)	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	CASTILLA LEÓN	CASTILLA-LA MANCHA	CATALUÑA	EXTREMADURA	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	P.VASCO	RIOJA	VALENCIA
NEUROPSIQUIATRA	2	0	6	1	107	0	2	2	0	0	4	4	0	0	0	0	3
PSIQUIATRA	506,5	107,83	93,3	75	122	41	206,5	156	52	70	187,7	537,33	136	50,5	252,26	19	306,1
MÉDICOS	113	0	4	0	0	5	0	11	71	20	3	0	7	1	0	0	0
PSICÓLOGOS	395	60,5	39	54,5	103	47	95	165	99	65	115	435,33	93	30,5	111,25	12	228
ENFERMEROS	654,9	174	179,50	129	250	21	209,5	220	83	121	210	510,5	168	67	347,8	42	316
AUX. ENFERMERIA	772,9	375	136	145	294	5	219	404	23	302	387	213	6	262	522,25	102	507
T. SOCIAL	299,4	41,3	16	31	54	3,4	29	72	48	31	58,5	179,5	38,5	19	76,3	2	122,5
ADMINISTRATIVOS	153,7	10	30,6	15	38	2	42,5	41	0	19	37,5	95	1	23	58,7	2	48

Fuente: Elaboración propia a partir de: Generador de estadísticas del Observatorio de Salud Mental. <http://www.observatorio-aen.es/cuestionario-observatorio/inde>.

Tabla 27: Recursos Humanos 2010

Como muestran las tablas, la salida del hospital y la diversificación de servicios necesariamente han ampliado el número de profesionales. De la evolución de los datos disponibles, y teniendo en cuenta que hasta 2010 la información queda bastante lastrada por la ausencia de datos de algunas CCAA, todas las profesiones aumentan sustancialmente sus efectivos. A modo de ejemplo, en Aragón y Murcia se triplica el número de enfermeros entre 1995 y 2010. En otras CCAA y en otras profesiones crece en menor medida pero en todas hay un claro y progresivo incremento en la dotación de personal. Incremento que no debe llevar a pensar que conduce a una dotación adecuada. Estos datos deben contrastarse con los parámetros de dotaciones mínimas necesarias por población a atender, según indicadores internacionales de la OMS.

En este sentido resulta de interés el estudio realizado por Jiménez Estévez (2011) donde muestra los datos sobre recursos profesionales en 2010, expresados en forma de tasas de profesionales y de plazas en los dispositivos asistenciales. Estudio que permite analizar la dotación de profesionales en relación con las estimaciones de criterios de calidad establecidos por la AEN (siguiendo indicadores internacionales). Este estudio desagrega los datos de profesionales, según se ubiquen en Centros de salud comunitarios o en servicios enfocados al trabajo con pacientes con trastorno mental grave (hospitales de día, las unidades de rehabilitación psicosocial, unidades de media estancia y dispositivos residenciales tipo miniresidencia o casa hogar), y en cada una de las comunidades autónomas. Esto permite analizar si las condiciones se corresponden con las necesidades que marcan los estándares.

Por ejemplo la tabla 29 muestra los datos de profesionales y Centros de Salud Mental:

Tabla 28: Dotación de recursos profesionales en Centros de Salud Mental (CSM) en 2010

	Número	Tasa por 100.000 hb.	Criterio de calidad AEN	Dotación actual	Faltan
Psiquiatras	1075	3'5	5	66.6%	539
Psicólogos	564	2	4	41.7%	790
Enfermería	530	1'8	3	53'6%	459

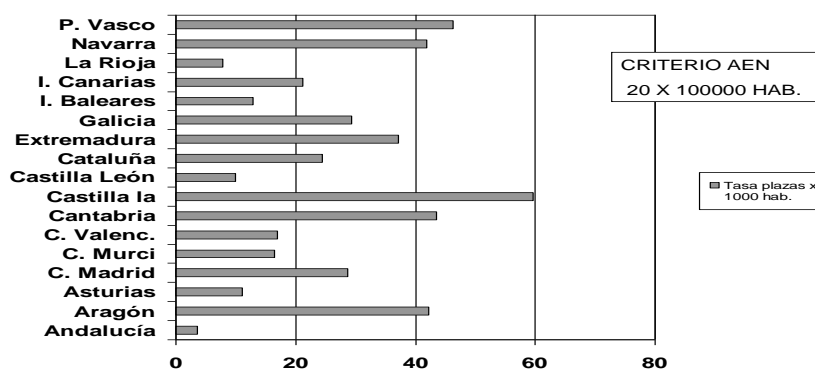
Fuente: elaboración propia partiendo de los datos del Observatorio 2014 Jiménez Estévez (2011): El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 2011; Vol. 31, nº 112.

Si revisamos los datos de profesionales y CCAA se puede decir que:

- **Psiquiatras:** únicamente Asturias, con 5.20 psiquiatras por cada 100.000 habitantes y País Vasco, con 4.99 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, alcanzan el criterio de calidad. Galicia, las Islas Baleares, las Islas Canarias, La Rioja o Extremadura, no sólo no alcanzan el criterio de calidad de la AEN, sino que se encuentran por debajo de la media de las comunidades autónomas en cuanto a dotación de psiquiatras. Galicia y las Islas Baleares incluso presentan una desviación típica por debajo de una media, ya de por sí baja en el conjunto del Estado.
- **Psicólogos Clínicos:** ninguna comunidad autónoma cumple el criterio de calidad de la AEN. La comunidad que más se acerca a éste es Castilla la Mancha, mientras que Galicia, Andalucía, País Vasco, Aragón, Castilla y León, la Comunidad de Madrid o la Comunidad de Valencia, no alcanzan la media del Estado. Galicia se encuentra incluso a una desviación típica por debajo de una ya baja media estatal situada en el 50 % de las necesidades estimadas.
- **Profesionales de Enfermería:** únicamente el País Vasco cumple el criterio de calidad de la AEN. Se acercan al mismo La Rioja y Asturias. Mientras, Galicia, Cantabria, Islas Baleares, Aragón, la Comunidad de Madrid, la Comunidad de Valencia, Castilla y León y Andalucía no alcanzan la media del Estado. Galicia y Cantabria se encuentran incluso por debajo de la media estatal, ya de por sí baja, con casi la mitad de las necesidades requeridas.

Respecto a la dotación de recursos profesionales de la red asistencial de la Salud Mental en Trastorno Mental Grave, hay que distinguir cuatro tipos como ya hemos visto. En primer lugar los Centros de rehabilitación psicosocial. El criterio de calidad de la AEN para estos centros es de 20 plazas por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 5: Plazas en Centro de Rehabilitación Psicosocial

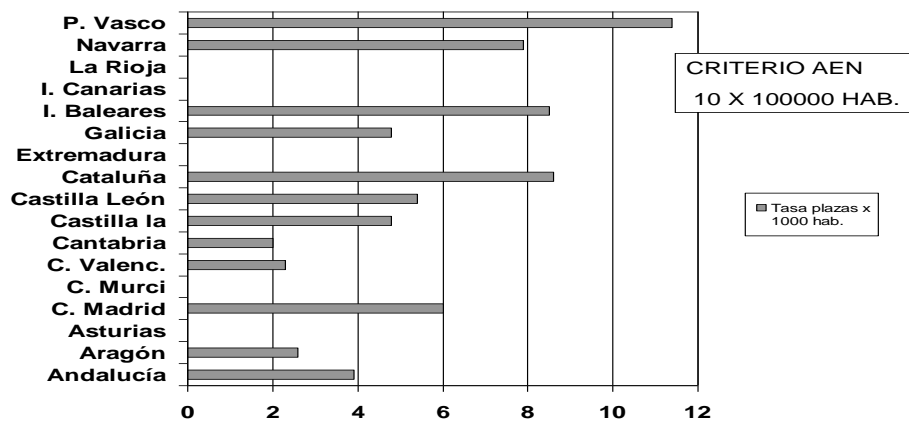


Fuente: Jiménez Estévez (2011), “El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31 (112), p. 747

Para este tipo de dispositivos, dos terceras partes de las comunidades alcanzan y superan este criterio de calidad. Algunas comunidades como Castilla la Mancha, País Vasco, Cantabria, Aragón y Navarra, incluso duplican este criterio. Sin embargo otras comunidades como Andalucía, La Rioja, o Castilla y León, no alcanzan el 50 % del criterio de calidad. Nuevamente hay que recordar la incertidumbre de cualquier comparación, por la contabilización o no, de los centros en función de su arbitraria dependencia sanitaria o de los servicios sociales.

En segundo lugar hay que considerar las unidades de hospitalización parcial de adultos, también denominados Hospitales de Día de adultos. Para estos servicios el criterio de calidad de la AEN es de 10 plazas por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 6: Plazas en Hospital de Día

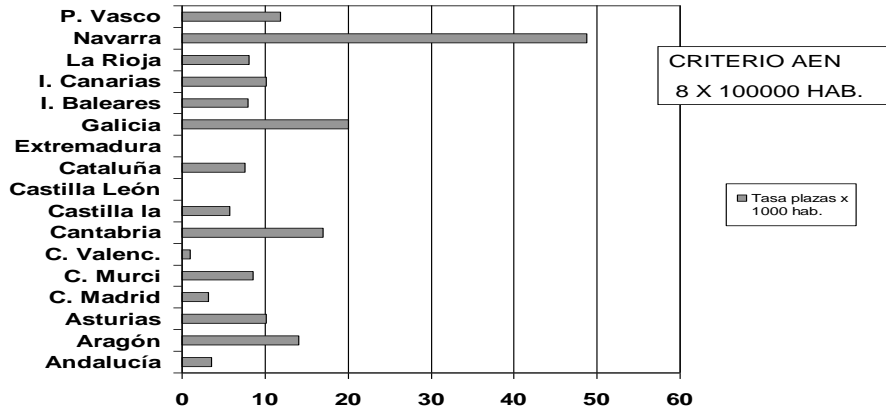


Fuente: Jiménez Estévez (2011), “El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011; 31 (112), p. 746

La dotación de plazas en hospitales de día por autonomías muestra que el País Vasco alcanza y supera este criterio de calidad. Cantabria, la Comunidad Valenciana, Aragón, Andalucía, Castilla la Mancha y Galicia no alcanzan siquiera el 50% del criterio de calidad.

En tercer lugar las Unidades Hospitalarias de Media Estancia, con un criterio de calidad de 8 plazas por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 7: Plazas en Unidad de Media Estancia

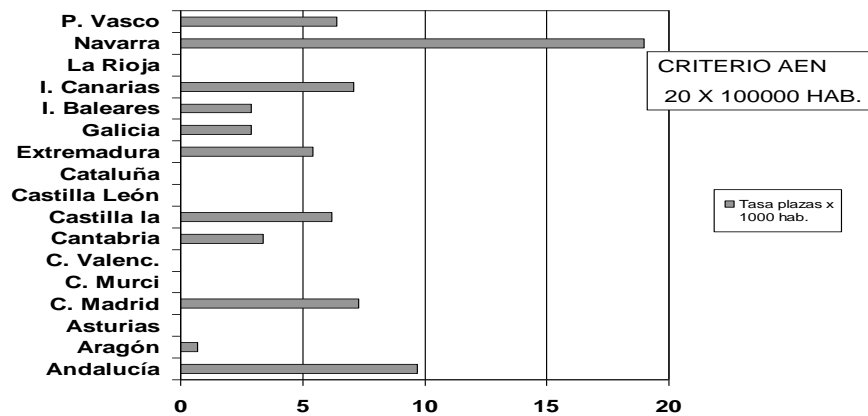


Fuente: Jiménez Estévez (2011), “El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011; 31 (112), p. 747

Como vemos, la mayoría de las CCAA alcanza el criterio de calidad. Situándose por debajo la Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha y Cataluña. Algunas comunidades como Cantabria y Galicia duplican el criterio de calidad y Navarra llega a sextuplicarlo.

En cuarto lugar las alternativas residenciales tipo Miniresidencias o Casa Hogar tienen un criterio de calidad de 20 plazas por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 8: Plazas en Miniresidencias



Fuente: Jiménez Estévez (2011), “El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011; 31 (112), p. 748

Estos datos informan que solamente la comunidad Navarra casi alcanza el criterio de calidad. Diez de las once comunidades que declaran tener plazas de miniresidencias no alcanzan siquiera el 50% del estándar establecido como criterio de calidad, situándose la media en 4 plazas por cada 100.000 habitantes.

En el estudio de Jiménez Estévez (2011), no aparecen reflejados los datos de la dotación de plazas en los servicios hospitalarios, tanto de Unidades de Hospitalización Breve como de Hospitales de Día, una aproximación a esta información la encontramos en el último informe del Observatorio de Salud Mental (2010),¹⁸⁷ en el que se hace un análisis descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas. Pero la información no permite comparar entre CCAA porque no comparan criterios a la hora de presentar los datos. Aunque aparece el cómputo total de profesionales por categorías, no se desagrega por dispositivos.

Hemos podido reflejar los datos a nivel numérico correspondientes al año 2011, en el momento de realizar este trabajo los datos que ofrece el Observatorio en 2014 son todavía muy incompletos, lo que impide reflejar datos numéricos más actualizados.

En el estudio de campo encontramos que todos los entrevistados consideran que la escasez de plantilla condiciona negativamente las posibilidades de atención a los pacientes, pero esta afirmación tiene matices.

Son las unidades de media estancia donde la dotación se adapta mejor a la carga de trabajo, reconocen que son otros factores (especialmente carencias de otros servicios) los que dificultan en mayor medida su capacidad de respuesta, que en todo caso es considerada bastante aceptable.

En las unidades de larga estancia o centros de rehabilitación psicosocial, en el caso de Aragón, objetivamente no se puede confirmar esta carencia de personal. Lo que lleva a suponer otros condicionantes de peso para que “no se haga todo lo que se podría hacer”, como enseguida señalan nuestros entrevistados:

«No es fácil, te encuentras muchos obstáculos...; el que más pesa es la rutina, parece que se hace lo que se hace porque siempre se ha hecho, y si alguien quiere mover algo..., pues... a los demás no les gusta, no lo dicen directamente pero nadie colabora, te desaniman, te dicen cosas para prevenirte; no se..., un ejemplo: un paciente tenía la necesidad de ducharse mucho tiempo y con el agua muy muy caliente, quise intentar romper con esa rutina y proponerle otras actividades, iba avanzando bastante, pero a pesar de eso, en varias ocasiones me dijeron algo así...: ‘*Tu hazle caso ya veras, luego no podrás quitártelo de encima..*’. Pero hay muchos ejemplos de que el ambiente no te deja moverte, trata de... no se... de estar bien; así cada uno hace lo que tiene asignado de siempre y no tiene problemas», (ESM 4).

¹⁸⁷ Jiménez Estévez JF. (coord.) (2010). Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Cuadernos Técnicos, 15. Madrid: AEN, 2011

Otra experiencia en el mismo sentido:

«A mí me ha pasado... que he querido hacer alguna actividad fuera del centro, una visita domiciliaria o acompañar a un paciente a hacer alguna gestión. Y algún compañero me advierte de que tenga cuidado, que...: como te llamen o te pase algo, podrán decir que has abandonado tu puesto laboral», (ESM 2).

En los Centros de Día encontramos más variabilidad en las respuestas, en función de que la gestión del centro sea privada o pública. En líneas generales los centros concertados con fundaciones y organizaciones sin ánimo de lucro tienen clara infradotación de recursos. Los entrevistados de estos centros expresan una importante sobrecarga de trabajo de todos profesionales del equipo.

Los Centros de Salud Mental, siendo el servicio central y puerta de entrada a la Red de Salud Mental, son los recursos con mayores problemas para cubrir sus funciones asistenciales, en gran medida por la ya conocida saturación de demanda. Es en estos servicios donde mayor necesidad existe de reevaluar tanto las necesidades reales de profesionales, como de rediseñar modelos más eficaces de gestión de la demanda. Desde nuestro punto de vista, es en estos dispositivos donde convendría una modificación en la distribución por categorías más adecuada a sus funciones, sobre todo en la medida que se persigue mantener a los pacientes en su ambiente y evitar ingresos, por ser la enfermería especializada la profesión más orientada a estos objetivos, como encargada de la continuidad de cuidados en el domicilio y el seguimiento de los enfermos crónicos. Una enfermera de un Equipo de Salud Mental Comunitario lo expresaba así:

«Noto mucha diferencia con otros centros en los que he trabajado (se refiere a una unidad de media estancia), aquí te tienes que limitar a lo "asistencial", poner medicaciones inyectables, control de analíticas... y mientras lo haces aprovechas para trabajar otros aspectos de la vida diaria y que te cuenten cómo se sienten... Pero no es posible hacer planes de cuidados enfermeros tal como debemos hacerlos, aunque quieras no da tiempo, estamos una enfermera por cada dos psiquiatras. La carga de trabajo te lleva a hacer lo prioritario; y, a menudo..., tienes que dejar de lado, o... solo hacer sobre la marcha, vaya, sin el rigor necesario, los aspectos más propios de nuestra profesión, lo autónomo. A mí por lo menos no me da la vida...», (ESM 9).

De las Unidades de Hospitalización Breve y de Día, no tenemos datos completos. Y, además, son servicios que aunque pertenezcan a la Red de Salud Mental no están ubicados en la comunidad. Están situados en los hospitales generales. Su dependencia jerárquica y organizativa varía según los criterios de las direcciones del hospital. Los criterios de gestión se establecen desde el prisma generalista, no contándose con las particularidades de la atención a la enfermedad mental, lo que en muchos casos condiciona su funcionamiento. De modo que sus intervenciones se inclinan casi exclusivamente por los factores médico-biológicos, tan propios de la medicina hospitalaria. La experiencia que encuentra es común:

«En la unidad... el médico prescribe la medicación y la enfermera la suministra... No paras, pero actividades con los pacientes: poco o nada, aquí es todo muy médico», (ESM 11).

La percepción de escasez es una constante; así como la demanda consecuente de incrementar las plantillas para poder garantizar los estándares de calidad. Pero hay otros factores (de gestión, organización, motivación...) que también tienen un gran peso en la calidad de la asistencia. Se irán desgranando en los siguientes apartados.

4.3 El trabajo en equipo

Partiendo de la perspectiva teórica del modelo de trabajo apuntado en el apartado 3.2.5 “Los profesionales y el equipo asistencial”, una de las premisas fundamentales del nuevo orden asistencial, marca la necesidad de una atención multidisciplinar e interdisciplinar. Esto es, “*diferentes profesionales aportan diferentes perspectivas del saber, conocimientos y técnicas complementarias, en que la interacción e intersección de los conocimientos condujesen a un nuevo modo de hacer en salud mental*”. Complementariedad que surge de poner en valor los talentos que todos y cada uno de los profesionales inmersos en el proceso de producción pone como plusvalía para enriquecer el resultado final, (Carmona, Gay, Del Rio y Tesoro, 2009, 174).

Así, la transformación del modelo asistencial ha de suponer un cambio sustancial para la población atendida, pero también una revolución a nivel laboral para los profesionales que procedían de la atención tradicional. Desde el trabajo en el manicomio hasta la integración en los equipos multidisciplinarios, necesariamente han tenido que afrontar importantes adaptaciones, diferentes modos de entender la enfermedad mental, nuevas formas de organización del trabajo y sobre todo una nueva mentalidad. En este apartado nos detendremos en la concreción de estas expectativas en la formación, integración y desempeño efectivo de los diferentes componentes de los equipos comunitarios de salud mental y en palabras de Inglott (1999, 213) “*su confrontación con el marco conceptual que conocemos como biopsicosocial*”.

Un repaso a la literatura específica da cuenta de las dificultades con la que se enfrenta el funcionamiento en equipo en los servicios de salud mental y las diferentes perspectivas de análisis que pudieran tener cada una de las disciplinas implicadas.

Chicharro Lezcano (2007), titula su artículo “*El equipo multidisciplinar: ¿Realidad o expresión de un deseo?*”, evidenciando su duda respecto a que “*a día de hoy, y salvo honrosas excepciones, la realidad sea que muchos de los supuestos equipos no sean más que agrupaciones de profesionales de distintas disciplinas que comparten un espacio durante la jornada laboral*”. [...] “*Nos encontramos con que los conceptos Psiquiatría Comunitaria, Equipo multidisciplinar, y Trabajo en equipo, son aceptados por todos, pero de forma tópica, y sin profundizar en su desarrollo*”, (Chicharro Lezcano, 2007, 96).

Según este autor, el devenir de esta situación es producto de cambios sociales (cambios en la estructura socio familiar, psicologización de los problemas cotidianos, nuevas expresiones del malestar psíquico...) que tuvieron como efecto inmediato el aumento en

el volumen de demanda, lo que colapsa los centros de salud mental, no dejando espacio “*para poder hacer un auténtico trabajo en equipo, más allá de un reparto de pacientes más o menos equitativo, e interconsultas puntuales. Los tiempos para reuniones de equipo, labores docentes, coordinación, etc., se han visto invadidos por más y más consultas*”, (Chicharro Lezcano 2007, 99).

Continuando con su argumento: “*Hay que reconocer que el desarrollo de recursos, el aumento de las plantillas, y la mejora en las condiciones de atención a los enfermos mentales producida en los últimos veinte años es incontestable, [...]. El problema —al menos para los profesionales— es que los resultados no han sido los esperados. La demanda indiscriminada ha colapsado los CSM, que se ven obligados a realizar una actividad asistencial en cierto modo precaria: disminuye la oferta de psicoterapias con predominio de los tratamientos biológicos. El equipo se diluye en una multiplicidad de acciones individuales*”, (Chicharro Lezcano 2007, 99).

Por su parte Inglott (1999, 214) ya decía que el desarrollo de los equipos ha estado muy condicionada por “*las rutinas medicalizadoras de los servicios de salud mental*” Lo que supone “*un sesgo que los aparta de sus objetivos, un serio impedimento para el trabajo interdisciplinar y una forma de malbaratar el concurso de las restantes profesiones*”. Si bien, esta desviación de los propósitos iniciales no la sitúa tanto en la actitud de los profesionales, como en la articulación de la propia organización de los servicios, en la que priman los parámetros de rendimiento asistencial, concluyendo que:

«los profesionales apenas disponen de tiempo para poner en común estrategias individualizadas de seguimiento, o para concertar intervenciones globales y no sólo farmacológicas con los equipos de atención primaria, o para reconocer conjuntamente con los servicios sociales, in loco e in extenso, los apoyos y las dificultades que el paciente encuentra en su propio entorno, o para desarrollar programas específicos con poblaciones en riesgo, o para establecer líneas de investigación y criterios de calidad cuyas coordenadas no sean las de Oklahoma. Forzado por tales circunstancias, el enfoque interdisciplinar tiende a convertirse en una fórmula de consenso ante el imperativo de acotar el terreno y estratificar las intervenciones: un instrumento cuya virtud consistiría no tanto en desentrañar la demanda como en desmenuzarla y volverla institucionalmente digerible», (Inglott 1999, 214).

Como vemos, Inglott (1999) condiciona el desarrollo del modelo de atención a la enfermedad mental a factores muy vinculados a la necesidad de priorizar aspectos económicos y al poder de la industria. Para este autor solo la concurrencia de tres condiciones permitirá el desarrollo equilibrado de las distintas disciplinas: (a) la existencia de una red de servicios unitaria, compleja y bien trabada de recursos alternativos con la implicación de todos los profesionales de cada uno de los niveles, (b) una organización del trabajo que posibilite líneas de investigación, estudio, diseño de programas, y (c) una profundización en los fundamentos de la practica interdisciplinar. Considerando la inadecuación en el modelo formativo el factor que le parece fundamental en la obstaculización de un buen trabajo interdisciplinar.

González Duro (1999) por su lado y constatando las dificultades para un funcionamiento en equipo, enfatiza factores gerenciales. Según este autor, las políticas de gestión imponen unas exigencias que limitan el trabajo interdisciplinar:

«...en la medida en que el equipo no elabora su propia praxis, sino que sólo debe ejecutar lo planificado desde instancias superiores, que definen los criterios nosográficos, las frecuencias de las visitas, el porcentaje de las intervenciones, el tiempo de atención al paciente, etc... Con frecuencia, cada profesional reivindica su enfoque como totalidad y no se asume como especialista de algo que es parcial... La nueva "transdisciplina" de lo mental la define el planificador o programador, a través de las políticas de salud mental que diseña». (González Duro 1999, párrafo 4)

En un estudio realizado en Madrid y publicado en la revista de la Asociación de neuropsiquiatría "*El reto del trabajo interdisciplinar: ¿hasta dónde hemos llegado?*", Ibáñez et al. (2001, 91-99), analizaron cómo están distribuidas las tareas asistenciales entre psicólogos y psiquiatras en los servicios de salud mental, con intención de refrendar o discutir el modelo interdisciplinar. Desde el punto de vista del psicólogo clínico en los equipos de salud mental se plantea:

«Señalar cómo la materialización del trabajo interdisciplinar, se da con ciertas confusiones e interdicciones en la práctica clínica, porque conviven dos niveles de funcionamiento: el real, en el que se da de hecho la corresponsabilidad, y el legal-institucional en el que para todo lo que respecta al paciente el responsable último, y casi único, es el psiquiatra», (Ibáñez et al. 2001, 92).

Por otra parte, en el estudio de Bravo et al. (2000): "*Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*", destacan tres problemas fundamentales para el funcionamiento en equipo: (a) falta de tiempo y dedicación a la planificación conjunta de la tarea clínica, (b) indefinición de las funciones de los diversos roles profesionales, y (c) falta de motivación de los profesionales, (Bravo et al. 2000, 60-61).

En conclusión, la revisión de la literatura muestra un cierto déficit de reflexión y crítica en el campo del trabajo en equipo comparado con cualquier otro tema (desintitucionalización, dispositivos,...).¹⁸⁸ El resultado no refleja la realidad del funcionamiento concreto con el que cada día se encuentra cada uno de los profesionales. Partiendo de mi propia experiencia, junto al trabajo de campo realizado, preguntando directamente a los profesionales implicados por su experiencia vivida en este aspecto, se pueden dar algunas claves en este tema.

En primer lugar, se pretendía que el equipo de salud mental, al reunir las diferentes dimensiones que intervenían en la salud y en la enfermedad mental, unificase conocimientos y pudiese abarcar el tratamiento desde las múltiples dimensiones que se imbrican en todas las personas. Pero no es eso lo que ha ocurrido, la realidad es que el

¹⁸⁸ Existe muy poca bibliografía o capítulos de libros que aborden el trabajo en equipo desde aspectos formativos en salud mental, aparte de los artículos aparecidos en revistas superespecializadas y con una visión muy general, como los reseñados en la primera parte de este apartado. Frente a esto observo que son los trabajos de trabajadores sociales los que más y mejor profundizan en el tema del "equipo profesional", desde ámbitos muy diversos (sanitarios en general, servicios sociales y también salud mental...). Y en este sentido, encuentro relevante señalar que en inglés son los artículos escritos por la profesión enfermera los que destacan por su calidad y profundización en el tema.

modelo de trabajo interdisciplinar no ha llegado a cuajar salvo honrosas excepciones. De nuestra investigación se desprende que los factores que destacan como obstáculos para un adecuado trabajo en equipo son al menos cinco: (i) No existe cultura de trabajo en equipo. (ii) Rivalidades profesionales, corporativismo. (iii) Falta de tiempo para reuniones que organicen el trabajo. (iv) Ausencia de liderazgos fuertes. (v) La coordinación es inefectiva. Nos detendremos someramente en cada una de ellas.

El modelo de trabajo en equipo no aparece de forma espontánea, requiere una experiencia y una cultura que posibilite el encuentro con los otros, de modo que rompa la inercia al individualismo, una planificación mental y una disposición a afrontar la tarea abierta y desprendida de prejuicios. Y esto es experiencial, no se aprende teóricamente, ni por imperativo legal. La formación en nuestro país, hasta muy recientemente no ha contemplado este aspecto que, sin embargo aparece como una innovación en el denominado plan Bolonia, con una metodología docente en la que el proceso de aprendizaje implica mucho más al estudiante, contemplando el trabajo tanto individual como en equipo.

En los servicios sanitarios y en especial en los servicios dedicados a la enfermedad mental, no hay tradición de funcionamiento en equipo ni se ha trabajado por que esto sea así. Por tanto, la formación de los nuevos especialistas se realiza en servicios donde la estructura jerarquizada del poder establece una distribución del trabajo de arriba abajo y por delegación. Esta es la experiencia desde la que se parte para la incorporación al mundo laboral, por mucho que se predique con otro modo de trabajar.

Lo cierto es que en los servicios ubicados en el hospital general, predomina el modelo médico y la estructura de los equipos es más vertical. En estos servicios, los equipos con frecuencia se definen por profesiones, (el equipo médico, el equipo de enfermería), con su propia jerarquía interna, (el jefe de servicio para los facultativos y la supervisora para enfermería), cada uno se ocupa de aspectos diferentes y sólo confluyen en tanto la enfermería ejecuta las órdenes médicas en relación al tratamiento. Y el equipo de enfermería diseña los planes de cuidados para cada paciente y en algunos casos organiza actividades terapéuticas relacionadas con fomentar la salud o herramientas para vida diaria.

Algo parecido ocurre en los centros de rehabilitación psicosocial, centros de media estancia o larga estancia, aunque aquí aparecen más actores en la escena.

En los centros de salud mental comunitarios podemos encontrar experiencias que intentan acercarse al modelo multidisciplinar, no sin importantes dificultades. La particularidad de tener que trabajar en un espacio pequeño, con un número limitado pero variado de profesionales, dificulta la creación de subgrupos por profesión, a la vez que la propia tarea asistencial necesariamente introduce elementos de intersección.

No obstante, en lo cotidiano, resultan muy frecuentes las expresiones más o menos sutiles de “marcar el territorio”, “poner al otro en su lugar”, obviar el trabajo del com-

pañero; y lo que ya puede resultar grave por antiterapéutico, emitir mensajes contradictorios y/o que desacrediten la labor de los compañeros ante los mismos pacientes.

Estas rivalidades profesionales, posicionamientos corporativistas y personalismos, aparecen señalados en todos los servicios y en todas las profesiones. Lo que nos remite a lo que Carmona et al. (2009, 207-208) observan: “*son actitudes que se oponen al espíritu de servicio comunitario y el mayor riesgo para el logro del funcionamiento en equipo. Actitudes que progresivamente van derivando en defensas enconadas de posiciones gremiales*”.

Las consecuencias fácilmente detectadas son descritas por Rodríguez Pulido (2011): “*Las defensas ante las vivencias de amenazas de nuestros límites profesionales y organizativos pueden reforzar las posiciones de no cambio y la burocratización de las respuestas, sentimientos de quemado y distanciamiento emocional. Las deficiencias de formación afecta no solo a la relación terapéutica sino a la salud física y mental de los profesionales y su relación con la institución. La relación médico paciente o de otros profesionales con las personas con trastornos mentales graves también viene condicionada no ya solo por sus competencias, y habilidades, sino también por su personalidad y actitudes*”, (Rodríguez Pulido, 2011, 16).

Otra de las dificultades que aparecen de forma repetida en el estudio, es la falta de tiempo para reuniones de coordinación. El tiempo asistencial está diseñado por agendas electrónicas que marcan tiempos, números y en ningún momento las reuniones de coordinación son consideradas desde la planificación como elementos fundamentales para la eficacia del trabajo. Así cada profesional asume su parcela de intervención de forma independiente. Así lo expresaba un psiquiatra entrevistado:

«Lo que prima es ver muchos casos nuevos, disminuir la lista de espera, es lo único que cuenta para la gestión, pero esos nuevos necesitan revisiones y así siempre está la agenda bloqueada. Para convocar una reunión tienen que pasar meses, las consultas se llevan todo el tiempo... Sería necesario que la coordinación dispusiese de un tiempo programado en las agendas, y sobre todo más profesionales, con los que estamos bastante hacemos con ver 20 o 30 cada mañana», (PQ 5).

Otro profesional, con experiencia en gestión asistencial, confirmando está cuestión tan importante y evidente como, generalmente olvidada en la práctica, nos dice:

«La coordinación entre profesionales y niveles o esferas de atención, es un objetivo primordial en cualquier modelo y plan asistencial que se redacte. De hecho, es sin duda en lo que más insisten las más recientes propuestas y directivas europeas hacia la salud mental, así como la mayor fuente de rentabilidad futura a nuestro alcance (prevención, mejores resultados terapéuticos, evitación de duplicidades e intervenciones contradictorias, etc.). Pero el tiempo que necesita la coordinación entre servicios, ni se presupuesta, ni se señalan indicadores de su mayor o menor logro como objetivo, ni la actividades que necesita su consecución se contabilizan a efectos de incentivos salariales. La consecuencia es obvia: la coordinación va desapareciendo del panorama asistencial, con todos los efectos negativos que de ellos se pueden deducir», (PQ 3).

También aparecen factores personales vinculados a la falta de motivación, rutinización de las tareas sin una visión integradora del paciente.

Entre los factores personales destaca la observación de una de las enfermeras:

«A veces es imprescindible pedir ayuda o contar con otros profesionales del equipo. Y la verdad, te encuentras de todo, pero en mi experiencia que esa solicitud sea bien o mal recibida no depende de categorías profesionales o del modelo de trabajo, ni siquiera de que esté o no de acuerdo. La respuesta depende de cómo son como personas... Yo tengo observado que hay de dos tipos, los “facilitadores”, con los que no hay ningún problema y los “dificultadores” con los que, las cosas se complican. Estos últimos, pueden funcionar de dos formas, una es que ponen pegadas, malas caras, e impedimentos mil..., pero finalmente colaboran si se consigue que se sientan reconocidos... Vaya, que hay que dardarles la pildora. Y los otros son con los que yo veo que..., no hay nada que hacer. Todo les parece mal, todo funciona mal y con su comportamiento se empeñan en demostrar que tienen razón», (ESM 8).

Esta observación nos remite a factores personales, de personalidad y carácter, pero también nos lleva a reflexiones sobre cómo el trabajo, siendo una importante fuente de identidad, responde a la definición de las relaciones en el grupo y a cómo cada uno se siente valorado.

Parece que es la falta de incentivos, de reconocimiento, la sensación de ineficacia lo que promueve respuestas estereotipadas de modo defensivo ante la impotencia y limitaciones propias de trabajar con pacientes con dificultades muy complejas y tendentes a la cronificación. Esto se expresa directamente en el siguiente comentario de un auxiliar con más de 20 años en larga estancia:

«Aquí no se cura ninguno, los ves envejecer contigo... Cualquier pequeño cambio es muy lento y casi siempre dura poco, te esfuerzas por que estén lo mejor posible, que no les falte lo necesario, que se alimenten, que estén limpios y sanos, y sobre todo que estén tranquilos. Yo creo que les damos cariño porque son cariñosos, los acabas queriendo y eso es lo que te gratifica. Pero no ves un fruto de tu trabajo ni nadie lo valora, eso creo que hace que no tengamos interés por novedades», (AE 2).

Por otro lado, no se identifica como carencia ni problema la ausencia de liderazgos fuertes en los equipos, pero lo destacamos porque en dos de las entrevistas aparece como factor esencial para el buen funcionamiento. En los dos casos se está haciendo referencia a experiencias consideradas por los actores como “enriquecedoras, de aproximación al modelo ideal de trabajo en equipo”:

«Hubo una disciplina que se fue imponiendo y el funcionamiento se fue acercando al de un verdadero equipo en muchos aspectos. Creo que la clave estuvo en que consiguió un cierto relativismo respecto al contrato de gestión, aportó mucha flexibilidad frente a la rigidez gerencial, creo está en el origen de ciertos buenos resultados, baja casuística de agresiones, accidentes, etc.», (PQ 4).

«La clave está en presencia de una persona en el equipo (psicóloga) con mucha experiencia, líder natural, que sabe cuidar del personal y de los pacientes, y que es flexible e imprime flexibilidad», (PQ 2).

La función específica está clara para todas y cada una de las disciplinas en particular. El problema se observa en cuanto una categoría no siente que es reconocida en sus funciones por las otras. Esto se observa en forma de numerosos comentarios, reflejamos dos de ellos.

El primero:

«Creo que los límites están claros en aspectos muy concretos, en lo típico de cada profesión, pero en los aspectos en los que hay intersección. Vaya, se solapan las funciones, aquí, ya puede haber conflicto, es cuando unos dicen de los otros que es intrusismo», (ESM 11).

El segundo:

«Para mí está clara cuál es mi función como enfermera pero, los psiquiatras, psicólogos y a veces los auxiliares, no lo tienen nada claro. A mí me parece que lo que falla es el espíritu de equipo, es lo que se echa de menos, trabajar en equipo», (ESM 4).

Pero también aparece reflejado que esto no siempre ha sido así, el papel de la profesión enfermera se ha ido definiendo en tanto el perfil de enfermero o enfermera especialista se va incorporando a los equipos. Recordemos que hasta hace ocho años¹⁸⁹ cualquier enfermera podía ser contratada en los servicios de la red de salud mental si ninguna experiencia previa. Ésto lo describe una de las psiquiatras entrevistada:

«Ahora veo que los nuevos enfermeros tienen claras sus funciones, tienen iniciativas, es fácil que se integren y aporten su campo específico en los servicios. Pero hace unos años te podías encontrar enfermeras muy distintas entre sí, muchas con mucha voluntad, pero no tenía idea de lo que se llevaban entre manos. ¡Me preguntaban a mí qué es lo que tenían que hacer!», (PQ 2).

Los psicólogos muestran cierta dificultad para “valorar” la función de la enfermería, esto se muestra eludiendo la pregunta o con expresiones como:

«No me resulta fácil hacer una valoración de esto. No sé cuál es el papel que la planificación de salud mental da a enfermería, ya que la teoría es una y la práctica otra. Más depende de cada servicio y de cada profesional», (PC 1).

En general aparece como una constante las dificultades para entender el trabajo en equipo como una tarea interdisciplinar, el modelo que impera es el definido como multiprofesional, veamos dos ejemplos, el primero:

«En cada sitio es diferente, depende sobre todo de las personas..., del ambiente del equipo. Si hay buen rollo fenomenal, todo fluye cada uno hace lo que está en su mano y todos a colaborar, pero cuando hay mal ambiente..., puedes tener problemas de todo tipo, tienes la sensación de que te cuestionan todo el tiempo, que te metes en competencias que no son tuyas, no sé, como si les fueses a quitar algo. A mí me parece que no sabemos trabajar en equipo, a veces parece que algunos profesionales piensan que trabajar en equipo es como trabajar en cadena, unos arreglan unas cosas y, otros otras. Bueno, estoy exagerando, pero para que me entiendas, se parcela el trabajo muy rígidamente. Pero hay cosas que son comunes a todos los profesionales del equipo o que se pueden distribuir por acuerdos en los planes individualizados de tratamiento. Yo he trabajado en un centro en Euskadi donde era genial esto que te digo. Aquí de momento no lo veo», (ESM 9).

¹⁸⁹ En nuestra CCAA, se creó la categoría de enfermero especialista de salud mental en 2007, y fue una de las primeras, todavía hoy no está implantada en muchas CCAA, aunque con un calendario para su generalización que debe concluir antes de mayo de 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Propuesta de cronograma para la creación y dotación de plazas de las categorías de enfermeros-as especialistas en los distintos servicios de salud. Disponible en:
<http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/PROPUESTA%20CALENDARIO%20CREACION%20CATEGORIA%20ENFERMERA%20ESPECIALISTA%20AN%202007%202005%202014%20v%20%20revisada%20%281%29.pdf>

El segundo:

« ¿Las competencias? ¡A veces demasiado claras y marcadas!, lo que deberíamos hacer en conjunto no se hace, cada uno trabaja su parcela. Y lo que es ver el paciente en su conjunto cuesta mucho. Esto es, lo de trabajar en equipo: Me parece que es muy difícil con lo que hay...», (ESM 6).

A nuestro juicio, las dificultades para funcionar siguiendo el modelo de trabajo en equipo, se configuran como un importante factor que contribuye a que el modelo de atención comunitaria de la salud mental no se haya implantado de forma generalizada y eficiente, y esto es confirmado por la práctica totalidad de los entrevistados. Entre los factores problemáticos destacan: *“falta de comunicación entre los miembros del equipo”, “el trabajo muy individualista”, “se desconocen las posibilidades de intervención de otras profesiones”, “falta implicación en el trabajo”, “fallos en la coordinación”, “el compañerismo”, “posturas jerárquicas muy marcadas”, “falta de tiempo para la planificación”, “el respeto por el trabajo de los demás”, “miedo a perder el estatus”, “la motivación”*.

La pregunta acerca de las actuaciones que se consideran necesarias para mejorar o incorporar el modelo de trabajo interdisciplinar en los equipos de salud mental, encuentra su más contundente respuesta en la imprescindible formación específica en este sentido: *“ya desde el periodo de formación como residente, hay aspectos de la atención a los enfermos mentales que se han de abordar en conjunto y en los que se deberían formar juntas todas las profesiones implicadas, así no habría tanto desconocimiento ni se establecería tanta distancia”*, (ESM 2). También otros entrevistados centran la respuesta en factores de tipo organizativo: *“más tiempo para coordinación”, “mayor valoración y reconocimiento de las contribuciones de la enfermería”, “implementación de procesos de mejora”, “mayor implicación de las jefaturas y las supervisiones”, “plantillas más adecuadas”, “protocolización del trabajo”*...

En los servicios de salud mental actuales el principio de atención según el modelo de funcionamiento en equipo interdisciplinar tiene importantes carencias. Sus fundamentos son sólidos, pero necesitan de apoyo institucional y también una formación experiencial que conforme mentalidades que integren este modelo de trabajo. Un psiquiatra con más de 30 años de trayectoria e implicado en los inicios de la transformación de la asistencia, explica su perspectiva del pasado:

«La dinámica de los primeros equipos comunitarios, todos imbuidos por los nuevos aires reformistas y el ideal de una organización horizontal, fue muy difícil de mantener. Se mantuvo mientras hubo ilusión y en base a un altísimo coste personal. Y... a menudo a contracorriente de los usos y costumbres, y lo que es peor, contra la institución política, jurídica etc.», (PQ 4).

Y hacia donde derivaron las cosas:

«Ahora... nada queda de la militancia y el voluntarismo inicial, la realidad ha impuesto sus criterios gerenciales y la labor asistencial se basa en unos parámetros que nada tienen que ver con los ideales propuestos. Dándose la paradoja de que quien mantenía y defendía un modelo de trabajo integrador, con mayor compromiso con los servicios comunitarios, se ha visto perjudicado, lo ha tenido que ha-

cer a costa de poner recursos personales (tiempo, dinero...), o verse amedrentado por quienes con criterios funcionariales intentan generar miedo y así parálisis», (PQ 4)

Se sigue hablando de equipo, pero esta palabra, desde luego en lo cotidiano nada tiene que ver con los conceptos que lo definen, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad... A lo sumo se queda en un conjunto de profesionales que comparten ubicación y organización. Cada cual se repliega en su quehacer individualista y protegido en su parcela exclusiva. El psiquiatra refugiado en la prescripción farmacológica, el psicólogo en sesiones psicoterapéuticas individuales y enfermería en la administración de los tratamientos prescritos, la administración de cuidados y técnicas de relajación, psicoeducativas, preventivas y de promoción de la salud (cuando puede).

En el trabajo cotidiano de las consultas de salud mental, no es infrecuente que a un mismo paciente lo lleven varios profesionales: psicólogo, psiquiatra, enfermería e incluso puede tener que intervenir el trabajo social y terapeutas ocupacionales. Pero esto no significa que se trabaje en equipo, no hay un proyecto terapéutico conjunto, ni una planificación de objetivos, cada uno de los profesionales se ocupa de su parcela independientemente de la intervención de los otros, incluso teniendo que cuidar no interferir. Así los pacientes y las familias pueden recibir mensajes contradictorios, difícilmente encuentran la coherencia que les ayude reencontrarse y recuperarse y fácilmente se pierden entre el laberinto de consultas e intervenciones parceladas.

Por su lado los profesionales, en estas condiciones no integran los resultados de su trabajo y, por lo tanto, no pueden aprovechar el aprendizaje que se puede obtener de las diferentes intervenciones. La evolución de los pacientes se vive como fruto del azar y de ahí la desmotivación y el refugio en técnicas, intervenciones estereotipadas y el poco compromiso.

4.4 Evolución de la conceptualización teórico práctica del modelo

Como ya hemos dicho, el diseño de la Reforma Psiquiátrica en nuestro país se encuadra en un contexto socio económico en el que primaba la instauración del Estado de Bienestar. Llegó con años de retraso respecto a los países de nuestro entorno, coincidiendo con un profundo cambio económico y social que ya estaba en marcha de forma global. En Europa ya en los años 70 se empieza a cuestionar la expansión del Estado, toma preponderancia un modelo económico de corte liberal en el que la organización económica se focaliza en torno al mercado y los nuevos modelos de producción.

Es en este contexto en el que se diseña la asistencia sanitaria que se instituye con la Ley General de Sanidad (1986). La reforma tanto sanitaria general como la de la atención a la salud mental, indudablemente han producido cambios sustanciales en los recursos y en la modernización de la asistencia. Sin embargo el modelo inicial ideado en un determinado momento socio económico colisiona con los importantes cambios so-

ciales que antes referíamos, adelgazamiento o recesión del Estado como gestor de lo colectivo y un contexto económico restrictivo, (De La Mata Ruiz y Ortíz Lobo, 2006, 304-305).

En esta sociedad posmoderna según algunos sociólogos (Senet 2000, Beck 2002, Bauman 2001, Verdú 2003), aparecieron particularidades socio históricas y psicológicas que modificaron la forma de entender y situarse en el mundo. Nuevas mentalidades que serán la base de los cambios que se han producido tanto en la demanda de asistencia en salud mental como en las dificultades que ha encontrado el modelo comunitario en su implementación.

En la sociedad postmoderna la actitud social predominante se inclina por la pérdida de interés por lo comunitario, el bien común y la solidaridad, lo que a su vez se traduce en el culto al individualismo. Los fenómenos sociales e individuales sólo pueden ser comprendidos desde los hechos o conductas de los individuos, obviando toda perspectiva basada en análisis de género, de integración social y familiar u otros factores de índole socioeconómica. En este contexto la posibilidad de progreso sólo es individual, reemplazando la libertad de elección al resto de los ideales. Se minimiza la importancia del pasado y hasta del futuro, enfatizándose la relevancia del presente o lo inmediato. Los valores y creencias ya no tienen coherencia ni, menos aún, continuidad. Es una cultura social basada en el éxito, el consumismo, el culto al cuerpo y al entretenimiento continuo, (Verdú, 2003).

También se produjo un cambio en el orden económico capitalista, pasando de una economía de producción hacia una economía de mercados adaptados a demandas masivas y fluctuantes que necesita complementarse con gran flexibilidad y precariedad laboral, lo que acaba siendo la brújula del poder, (Senet, 2000).

Estos factores, junto la desarticulación de las redes sociales tradicionales y recortes generales en las políticas sociales, van a constituir un estilo de vida lleno de riesgos y, por tanto, de ansiedad. Así es como surgen nuevas necesidades y nuevas demandas de la población, que reclama sistemas de conocimiento especializado, con expertos que filtren esos riesgos y los hagan controlables. Y en lo aquí nos atañe, las disciplinas de la salud mental vendrán a cubrir esta función (Beck y Beck-Gernsheim, 2002), incorporadas a un Sistema Nacional de Salud universal y financiado con los impuestos. Sistema que permite al ciudadano una gran accesibilidad y una oferta amplia de servicios sanitarios, que es gratis en el momento de la atención y que genera expectativas de prevención, de curabilidad y especialmente de omnipotencia de la ciencia, o más bien de la técnica.

Los principios y previsiones que los expertos contemplan a la hora de planificar la reforma psiquiátrica en nuestro país, como dicen De La Mata Ruiz y Ortíz Lobo (2006, 303), “*estaban cargados de optimismo y confianza. Optimismo y confianza en una comunidad mítica que estaba ya inmersa en un proceso de transformación radical*”.

La planificación de la reforma psiquiátrica contempla el pleno desarrollo de las redes de Atención Primaria y servicios sociales, lo que necesariamente ha de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos; convergiendo con los cambios socioeconómicos y las políticas de bienestar, lo que conseguiría aumentar la salud mental de toda la población.

Desde esta óptica se priorizó la transformación de los hospitales psiquiátricos y la integración de estos pacientes en el sistema sanitario general; así como que la Atención Primaria, con su enfoque preventivo y centrado en la comunidad, asuma las necesidades de atención de los denominados trastornos mentales comunes. Pero lejos de estas previsiones se ha producido un aumento cuantitativo e imparable de la demanda de atención que ha desbordado a las consultas de atención primaria y también de los centros de salud mental, (Espino Granada, 2002, 50).

El modelo de asistencia a la salud mental diseñado en un momento histórico, ha chocado con una realidad económica, social y profesional que lo hace si no inviable, si muy desvirtuado. La revisión de la literatura nos lleva a seis temas clave al respecto: (i) Saturación de las consultas. (ii) Nuevas demandas. (iii) Psiquiatrización de la vida cotidiana. (iv) Predominancia del modelo biomédico y DSM. (v) Poder de la industria farmacéutica y (vi) La medicina basada en la evidencia.

Autores como Retolanza (Coord.) (2009), Pérez (Coord.) (2006), Dela Mata Ruiz y Ortíz Lobo (2006), Gervas (2006, 2009), Desviat (2007, 2010, 2011), Desviat y Moreno (2013), González Duro (2000), Rendueles (2004, 2006, 2009), Espino (2002), Hernández Monsalve (2004), Menéndez Osorio (2005), Moya (1999), y otros muchos, señalan que uno de los problemas más importantes de los servicios de salud mental es la saturación de las consultas de los centros de salud mental. Saturación que va en detrimento de una adecuada praxis y especialmente de la atención específica que requieren los trastornos mentales graves.

Siguiendo a De La Mata Ruiz y Ortíz Lobo (2006, 299-3001), en los centros de salud mental encontramos tres tipos de pacientes: El primero de ellos es el enfermo mental “genuino”, los denominados TMG (trastorno mental grave), que corresponde a personas que padecen esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, depresión psicótica y alguna neurosis grave. Pacientes que transitan entre el seguimiento en el centro de salud mental, algún ingreso hospitalario, y en algunos casos con el apoyo de la red de rehabilitación.

El segundo es la población encuadrable en categorías como ansiedad, depresión, somatizaciones, reacciones adaptativas... Pacientes por tanto que requieren una atención por las limitaciones que su problema pueda producir en su vida cotidiana a causa de trastornos generalmente con buen pronóstico y con posibilidades de tratamientos resolutivos. En tercer y último lugar tenemos a la población que demanda atención en

base a problemas laborales, de pareja, duelos, separaciones, afrontamiento de enfermedades, o simplemente las contrariedades y el sufrimiento propio del vivir.

Tanto los trastornos ubicados en el segundo como en el tercer supuesto, son los que se ha dado en llamar “trastornos mentales comunes”. A ellos se debe el incremento tan acusado, a menudo calificado de “imparable”, de las demandas de atención en las consultas de Atención Primaria y en los centros de salud mental.

De La Mata Ruiz y Ortíz Lobo (2006, 300), recogen el dato de que la mayoría de los estudios disponibles informan que, al menos el 20% de los pacientes que acuden a las consultas de medicina familiar presentan algún trastorno identificable en las nosografías actuales y otro 10% presentan síntomas inespecíficos, no encuadrables en una categoría diagnóstica pero que generan una demanda de atención importante.

Retomando el modelo conceptual de Goldberg y Huxley (1980), que establece el camino que recorre la persona con trastorno mental en su medio social hasta los Servicios de Salud Mental especializados, se contempla que el nivel de Atención Primaria detecta el 60% de los casos psiquiátricos de los cuales requerirán una derivación a los equipos de salud mental el 20%. Que esta previsión pueda cumplirse exige que pediatras y médicos de familia dispongan de una formación adecuada y fundamentalmente de un tiempo de consulta suficiente. Además de un trabajo de coordinación importante entre Servicios de Salud Mental y de Atención Primaria. Aspectos que han estado lejos de poderse cubrir de una manera suficiente, (Retolaza 2009, 18-19).

Esto ha provocado que el nivel de contención previsto para Atención Primaria se haya visto desbordado. Sin la posibilidad de cubrir la asistencia a estos pacientes, el tercer filtro de la pirámide asistencial de Goldberg se ha hecho más permeable.¹⁹⁰ La consecuencia es una derivación masiva de todos los casos que exijan mayor dedicación o que la problemática sea más compleja, saturando así mismo a los servicios de salud mental, (De La Mata Ruiz y Ortiz Lobo, 2006, 313-316).

Este aumento cuantitativo de la demanda con un crecimiento restrictivo de los recursos ha producido el fenómeno de la medicalización de muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. Esto genera un problema que se identifica como “la psiquiatrización de la vida cotidiana”. Ante demandas asociadas a problemas psicosociales, con dificultades en la salud, la vida familiar y el trabajo o incluso con los simples malestares y sufrimientos propios de la vida cotidiana, se recurre a los servicios sanitarios en busca de ayuda. Estos ante la falta de otros recursos (profesionales, tiempo, formación técnica...) hipertrofia los tratamientos farmacológicos como única alternativa, (Retolaza 2009, 62).

¹⁹⁰ Modelo descrito en el epígrafe 3.2.3 Conceptualización del modelo asistencial, p. 229.

Así lo explica una editorial de la revista de la AEN en 2011:

«Los trastornos mentales menores, comunes, subumbrales, las reacciones adaptativas, los códigos Z... forman un grupo de demandas caracterizadas por su elevada y creciente frecuencia en atención primaria y salud mental y su leve sintomatología en contraposición con los trastornos mentales graves. La nueva sociedad posmoderna, individualista y desprovista de los referentes anclados en instituciones y costumbres ya del pasado, probablemente ha favorecido el incremento de esta demanda. En cierta medida, el centro de salud mental y la atención primaria están llenando parte del vacío que han dejado las redes tradicionales de contención: familia, vecindario, sindicatos... y que los servicios sociales, ya limitados en intentar satisfacer necesidades básicas, no puede cubrir tampoco. Se trata de una demanda que busca “expertos” que gestionen la ansiedad y el malestar que produce este nuevo orden social donde parece que las relaciones humanas han sufrido cierta devaluación frente a la relación profesionalizada. Se ha producido una idealización de lo tecnológico y lo científico que sitúa a psiquiatras y psicólogos en los nuevos referentes de cómo hay que vivir la vida y afrontar sus vicisitudes», (Ortiz Lobo 2011, 609).

Este fenómeno está suficientemente documentado y periódicamente es motivo de artículos tanto en revistas como en diarios, los datos son alarmantes, véase el cuadro con unos pocos ejemplos en prensa:

«El consumo de hipnosedantes ha aumentado en los últimos años y el porcentaje de personas que los han tomado en 2011 se sitúa en el 11,4 %, en los últimos cinco años el número de envases de tranquilizantes vendidos ha pasado de 23 a 35 millones y sostiene que desde hace tiempo "cosas normales" como la timidez de los niños o la rebeldía de los adolescentes "se tratan como enfermedades"», (El Mundo 25-2-13).

«El número de personas que consumen drogas en España ha bajado en todas las sustancias, salvo el caso de los hipnosedantes -somniaferos, tranquilizantes o sedantes- que ha pasado del 5,1% en 2005 al 11,4% en 2011», (Encuesta sobre Alcohol y Drogas EDADES 2011-2012).

«Alrededor de un 30-60% de los pacientes que acuden a atención primaria presentan problemas psicológicos como ansiedad o depresión, a lo que se responde con la receta de antidepresivos o ansiolíticos, lo que supone un coste a los españoles de, aproximadamente, 745 y 231 millones de euros anuales respectivamente», (María Antonia Sánchez-Vallejo, El País 5 enero 2009).

«Según la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), el 15,5% de la población general española está tomando ansiolíticos de forma regular. España se encuentra tres puntos por encima respecto a la media europea en el consumo de ansiolíticos (12,3%), y duplica el consumo medio de otros países como Holanda (7,4%) y Alemania (5,9%), siendo únicamente superada por Francia (19,2%)», (Artículo publicado por la Agencia EFE, Eldía.es 3-1-2009).

«Uno de cada tres españoles ha consumido algún tipo de antidepresivos o tranquilizantes en el último año, según se desprende de una encuesta de la Organización de Consumidores y usuarios (OCU). Encuesta en la que participaron 2.032 personas. En ella se alerta de que las cifras referentes a España son “llamativamente altas” en relación a otros países. Además, la gran mayoría de ocasiones la iniciativa de medicarse parte del médico de Atención Primaria que, en el 60% de los casos, según las respuestas de los encuestados, no son informados del grado de dependencia del fármaco», (La Marea.es. MásPúblico 06 de abril de 2013).

Este fenómeno de la sobremedicación, está vinculado con las políticas de mercado de la industria farmacéutica, industria que hoy en día es uno de los sectores empresariales más rentables e influyentes del mundo “y como en todos los mercados, cuantos más

clientes haya (en este caso enfermos), más beneficios se obtienen”, (Ortiz Lobo, García Moratalla y Lozano Serrano, 2009, 99).

En este sentido se considera que la industria farmacéutica ha inclinado la balanza terapéutica hacia sus intereses comerciales. Esto ha ocurrido en la medida que han ampliado la oferta farmacológica a nuevas indicaciones, diseñando enfermedades para las que existe el remedio en forma de molécula, de ahí las últimas “epidemias” de depresión, fobia social, estrés postraumático, trastorno por ansiedad o trastorno por déficit de atención, y también borrando los límites entre la salud y la enfermedad, encontrando mercado también en la prevención o en los denominados síndromes subclínicos, (De la Mata Ruiz y Ortiz Lobo, 2006, 100-101).

Esto reforzado por las nosologías al uso, especialmente el DSM, consenso que se define como ateorico con la pretensión de unificar criterios y crear un lenguaje común, pero que como ya se describió en el capítulo dedicado a la evolución del concepto de enfermedad mental y sus cuidados,¹⁹¹ se ha constituido en el tratado de la clínica asistencial y en fuente principal y casi exclusiva del saber psiquiátrico. Nosología que desde su creación hasta la reciente revisión en 2013 DSM-V no ha hecho más que aumentar las categorías diagnósticas. Lo que como fórmula Andesán resulta en: “*Consulta = Demanda + código DSM/CIE + psicofármaco*”, (Andesán, 2013 232).

Así la prescripción de psicofármacos y la industria farmacéutica que tiene detrás, llega a adquirir un peso tan significativo que una gran parte de la investigación clínica y la formación de los profesionales son monopolizadas por la farmaindustria y, de este modo, hacia sus legítimos intereses, vender más, (García Moratalla y Markez Alonso 2012, 91-92).

En las condiciones asistenciales actuales, de saturación de las consultas y de oferta inmensa de soluciones “rápidas y eficaces” la atención a la salud mental se ha decantado por la respuesta farmacológica de forma casi exclusiva, lo que va en contra del espíritu reformista de una atención biopsicosocial. Desviat y Moreno (2012) lo reseñan de este modo:

«El saber psiquiátrico combina conocimientos que pertenecen a la biología, a la psicología y a la sociología (neurociencias, clínica-psicopatología y ciencias sociales). La tentación de reducir estos tres campos a un registro único, conduce a un reduccionismo seudocientífico que, en el caso del predominio de la “evidencia molecular o biológica”, responde al utilitarismo de una época donde predomina el poder de la industria farmacéutica y las grandes corporaciones privadas con intereses en el mercado sanitario. Una época donde declinan los valores, donde se medicaliza el malestar y se psiquiatrizan las fallas sociales», (Desviat y Moreno, 2012, 915).

Esto mismo se evidencia en las entrevistas y en las conversaciones mantenidas para la realización de este trabajo. Hoy en la asistencia se priorizan los aspectos biológicos,

¹⁹¹ Véase epígrafe 2.1 Evolución del concepto de enfermedad mental, página 35

la resolución de los síntomas y consecuentemente en los tratamientos farmacológicos, por ejemplo:

“Se medica muchísimo, tenemos a los pacientes atiborrados, toman de toda clase y variedad... Esto es un problema, pero de muy difícil solución... El sistema te lleva a esa inercia, la falta de otros recursos y especialmente de tiempo para trabajar otros aspectos. No te deja a veces salida, muy a pesar de quienes pensamos de otra forma”, (PQ 5).

Otra expresión de esto:

“El modelo comunitario..., eso debe ser historia. Yo veo que el modelo de asistencia es excesivamente clínico-positivista, hospitalocéntrico y "cientificista", nutrido más por la escucha a los fármacos, que por la del enfermo en sí, en esa dimensión intersubjetiva de intercambio asistente-asistido. Por desgracia cada vez más el trabajo en salud mental se decanta la gestión economicista y fría, las personas son casos clínicos y esto en los últimos tiempos lo percibo más acusado. Cuando tienes que hablar con los profesionales sanitarios de la salud mental, hablan en clave, dicen siglas de supuestos trastornos y esa es su respuesta... De lo socio familiar, de lo que les pasa en su vida no saben nada y lo peor, no parece interesarles”, (PQ 1).

También la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007), que, en la actualidad es el documento básico con el que se ha tratado de definir y evaluar el modelo de asistencia en salud mental a nivel nacional, da cuenta de este problema. En el punto dirigido a la formación del personal sanitario describe como la formación en psiquiatría se ha decantado en este sentido:

«La formación continuada, en sus dos aspectos de reciclaje y perfeccionamiento, se encuentra a expensas de la responsabilidad personal y voluntarista de los y las profesionales, que acuden para ello a las ofertas existentes, una gran parte de las cuales proviene de la iniciativa privada. La industria farmacéutica (visitadores médicos, reuniones científicas y congresos, contratación de ensayos clínicos), las instituciones públicas (Universidad, Consejerías) y la documentación científica son los principales proveedores de formación continuada en España. Sin duda, el mayor volumen e influencia corresponde a la industria, lo que inclina la balanza necesariamente hacia una formación básicamente biologicista», (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, 125).

Como vemos, existe un gran consenso en que el modelo se ha inclinado por lo médico biológico. Este modelo propone que los trastornos mentales son consecuencia de alteraciones bioquímicas cerebrales, y el modelo terapéutico acorde con esta premisa es que los fármacos tienen la capacidad de corregir el desequilibrio, (Múzquiz y de la Mata Ruiz, 2012, 257).

De este modo la respuesta rápida, aunque no eficiente, es la utilización de fármacos tanto para paliar o curar un trastorno, como para ayudar a las personas a sobrellevar las dificultades y sufrimientos, a veces muy duros, que personal y socialmente padecemos casi todas las personas. Ésta es una atención que se reduce al abordaje sintomatológico, minimizando la influencia de factores sociales y psicológicos que contribuyen a la aparición y/o mantenimiento del trastorno o categoría diagnóstica. Ésto difiere notablemente de la filosofía que impulsa el modelo comunitario para la salud mental.

Por supuesto que los psicofármacos han sido y seguirán siendo un factor importante en la respuesta a la enfermedad mental. De hecho la reforma psiquiátrica y la desinstitu-

cionalización consiguiente es fruto de las posibilidades que ofrecen los psicofármacos. Éstos han permitido mantener estables a los pacientes en su entorno. La desviación del modelo comunitario se produce en la medida que la visión médica centrada en los síntomas y su resolución se hace hegemónica a consta de la atención de los aspectos psicológicos y sociales, aspectos fundamentales en el proceso de la enfermedad. Y también, en la medida que la respuesta que se ofrece es prioritariamente médica, define a las personas como enfermos, liberándolos de desarrollar herramientas de desarrollo autónomo, pudiendo producir efectos iatrogénicos:

«Iatrogenia en la que se incurre al tratar a personas innecesariamente. Todos sabemos que cualquier actuación sanitaria conlleva un riesgo de efectos nocivos y no deseados, y que la mayoría de los medicamentos poseen efectos secundarios. Exponer a ellos a personas que podrían evitarlo es romper la regla básica de no hacer daño, el principio de no maleficencia o *primum non nocere*», (Andesán, 2012, 235).

Pero no es solo la industria farmacéutica y su estrategia de mercado la responsable de esta deriva hacia la decantación por el modelo biomédico. En este proceso intervienen también los pacientes y la sociedad, en general, y los profesionales sanitarios y la administración sanitaria, en especial. Esto se refiere al modo que la sociedad se organiza y gestiona los recursos siempre escasos.

La tecnología en salud mental apenas existe fuera de los cerebros de sus profesionales. El nivel de una consulta de salud mental y de sus prestaciones todavía no depende de aparatos y máquinas de precios astronómicos. Los profesionales son los instrumentos técnicos de evaluación, diagnóstico y recuperación. De su formación, aptitudes y destrezas va a depender la calidad de la asistencia. Por eso la inversión en recursos humanos define el modelo que se va a poder desarrollar. Su escasez y el reduccionismo biologicista de sus conocimientos facilita que la única respuesta sea la farmacológica, vertiente terapéutica que, además, una vez predeterminada escapa al control gestor.

El trabajo de campo en la comunidad, los cuidados, el acompañamiento terapéutico es función prioritaria de la profesión enfermera especialista en salud mental, pero en nuestro país la ratio médico/enfermera quedan muy lejos de lo recomendado por el Banco Mundial (1993), que considera que la proporción ideal de la relación médicos/enfermeros se sitúa alrededor de 2 a 4 enfermeros para cada médico. Muy lejos de la aquí vigente que es una enfermera por cada dos médicos, (AEN, 2003).

Y como apuntan Fernández Liria et al. (2009, 231-236), existe cada vez mayor evidencia publicada señalando que determinadas técnicas terapéuticas, como la Terapia para Resolver Problemas, la Terapia Interpersonal, la Cognitivo-Conductual, la Terapia en Red..., son especialmente eficaces en el tratamiento de muchos de los trastornos mentales. La escasez de tiempo y de personal debidamente entrenado en estas técnicas hace que, en la actualidad, sean aplicadas de una manera muy escasa y deficiente.

Así la inversión ahorrada en profesionales se convierte en gasto farmacéutico, gasto que resulta de un volumen y de una proporción de crecimiento exponencial. Permanen-

temente aparecen nuevos fármacos o moléculas mejoradas que enseguida dejan obsoletos los anteriores (con la patente ya caducada), para entrar en el mercado psicofármacos de precios astronómicos sin que esté suficientemente demostrada su ventaja sobre otros, acompañados de una importante campaña de promoción y marketing.

La consecuencia directa es que los costes sanitarios se han disparado, poniendo en cuestión su propia viabilidad del sistema (Andesán, 2012, 235), como respuesta han ido apareciendo nuevos instrumentos de gestión y organización que intentan racionalizar el gasto, encontrar un equilibrio razonable entre el costo y la efectividad (Retolanza, Cabrera y Terradillos, 2006, 212). Entre ellos destaca la Medicina Basada en la Evidencia, hablándose en nuestro campo de Psiquiatría Basada en la Evidencia.

Desde el ámbito académico y teórico, Gómez de la Cámara (2009, 948) describe la psiquiatría basada en la evidencia como *“la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes. Significa integrar en la práctica clínica la evidencia científica disponible procedente de investigación válida y fiable. Promueve la uniformidad del cuidado al proveer de enfoques y guías comunes, al señalar pautas objetivas y evitar actuaciones arbitrarias entre los diferentes profesionales”*. En definitiva, el conocimiento y los recursos sanitarios pueden así administrarse mejor en torno a evidencias explícitas y útiles sobre la efectividad de las intervenciones y sus consecuencias.

La psiquiatría basada en la evidencia es un instrumento que de nuevo divide a la comunidad científica entre quienes encuentran en ella el paradigma que resuelve las discrepancias apoyándose en la metodología científica, y quienes desde ámbitos humanistas encuentran importantes limitaciones para la práctica en salud mental.

Empezando por la confusión que puede generar el término “evidencia”, traducción del inglés y donde tiene connotaciones diferentes: en español “evidencia” significa “certeza clara, manifiesta y tan perceptible de una cosa, que nadie puede racionalmente dudar de ella”. Por otra parte, el término inglés “evidence” suele emplearse para indicar un grado mucho menor de certeza y equivale a lo que sería en nuestro idioma: “indicios, signos, datos, pruebas, hechos indicativos o datos sugestivos”. Error conceptual no exento de consecuencias a nivel teórico y práctico, (Lázaro 2000).

En este sentido crítico van apareciendo diferentes artículos en revistas, artículos interesantes para la reflexión, entre ellos cabe destacar: *“De la (curiosísima) relación entre la Medicina Basada en la Evidencia y la práctica psiquiátrica en nuestro entorno”*, García-Valdecasas Campelo et al. (2009). *“El deseo y el poder: problemas del discurso de la medicina basada en la evidencia aplicado a salud mental”*, Rodríguez Olalla et al. (2012). *“La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual. De la biografía a la biología. De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos. ¿Qué es la evidencia en salud mental?”*, Menéndez Osorio (2012). *“Sobre la Medicina Basada en la Evidencia”*, Berrios (2010).

Todos ellos centran la crítica fundamentalmente en el reduccionismo que implica la estandarización de decisiones clínicas, en la imposibilidad de protocolizar una práctica compleja como es la salud mental. Además dudan de la independencia completa de las investigaciones a juzgar por diferentes estudios publicados y que, al no corresponderse con determinados intereses se obvian sus resultados en las Guías de Práctica Clínica. De la dificultad para recoger toda evidencia científica y mantenerla actualizada cuando la investigación no deja de ofrecer nuevos datos muchos de ellos contradictorios. De la importancia de la subjetividad en el campo de la asistencia en salud mental imposible de cuantificar. Y, por último, destacan el efecto de irresponsabilizar al clínico en la toma de decisiones:

«Cualquier decisión éticamente tomada implica una responsabilización tanto de la decisión como de las consecuencias derivadas de la misma. Al eliminar este componente logramos la desresponsabilización del profesional en el sentido de que el fracaso terapéutico no depende de él, ya que ha aplicado lo que dicta el protocolo para el problema, por ende el fallo ha de estar en el paciente; y la desresponsabilización del paciente en el sentido de que se le considera un enfermo igual que al resto y su síntoma psíquico se trata igual que el de los demás, por lo tanto la persona no se implica en el tratamiento ni en dotar de sentido a su problema», (Rodríguez Olalla et al. 2012, 315).

Al mismo tiempo y buscando un consenso, la Medicina Basada en la Evidencia se considera un desarrollo importante en el avance de toda disciplina y en el ejercicio de los profesionales de salud mental, pero no como una Ley inmutable o una verdad científica, sino como el camino que marca la metodología, el desarrollo del estudio o la forma del discurso:

«La Medicina Basada en la Evidencia marca las fronteras, nosotros como sujetos debemos rebasarlas y ampliarlas. Ir más allá de la metodología científica para seguir dándole fuelle a la ciencia, porque la Medicina Basada en la Evidencia marca lo existente pero no lo posible», (Rodríguez Olalla et al. 2012, 307).

Y esto debe ser así desde la apreciación de que sólo sobre procesos simples y sobre efectos a muy corto plazo, como los diseñados para los medicamentos (pocos superan unas cuantas semanas), pueden ser sometidos a estudios que produzcan fenómenos controlables y mensurables. Mientras que el resto de intervenciones, como las psicoterapéuticas y las dirigidas a los factores psicosociales, en las que se actúa sobre interacciones y procesos complejos y con efectos a mayor plazo, son poco susceptibles de someterse a ensayos clínicos (ni por supuesto encuentran financiación alguna).¹⁹² Hay que añadir, además, que los estudios con psicofármacos siempre se aplican sobre un selecto grupo de enfermos que cumplen criterios estrictos de un diagnóstico típico, tras descartarse un elevadísimo porcentaje de candidatos iniciales por atípicos. Aunque luego en la práctica real sean aplicados sobre casos en su mayor parte atípicos (estudiados a fondo la mayoría de los pacientes lo son). Mientras estos sesgos no se moderen adecuadamente, la farmacoterapia seguirá jugando con ventaja.

¹⁹² Aunque muchos profesionales constaten a diario la “evidencia” de sus efectos beneficiosos y con resultados incluso más eficazmente resolutivos y estables a largo plazo que los fármacos.

No podemos terminar este punto sin al menos nombrar los planes de reestructuración del modelo político de asistencia sanitaria. En los últimos años y coincidiendo con una situación de crisis económica, va dirigiendo el discurso sanitario hacia sistemas de gestión privada, externalización de servicios, etc. Que llegan a plantear la contradicción o incluso incompatibilidad de algunas de sus reglas de libre mercado y competencia entre servicios (presentadas como derechos de los pacientes, como la libre elección de médico y centro), con la organización sectorizada de la asistencia.

En las circunstancias actuales parece necesaria una reconsideración de los principios de gestión de la asistencia en salud mental, desde la perspectiva de los cambios sociales, económicos y del estado de conocimientos, tema que sobrepasa los objetivos de este trabajo.

4.5 Asociacionismo profesional y producción científica

La posibilidad de asociarse en el ámbito de la salud mental se ha multiplicado. También ha ido aumentando la capacidad de influencia de las asociaciones profesionales y científicas a la hora de participar y asesorar tanto a nivel político como social. En el cuadro se muestran cuáles son las asociaciones más importantes:

Cuadro 8: Asociaciones y Sociedades profesionales

Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de la SM. (AEN)
Sociedad Española de Psiquiatría. (SEP)
Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. (SEPB)
Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. (FEARP)
Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. (AENESM)
Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. (SEPYRNA)
Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. (AEPNyA)
Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI. (SEPCyS)

Elaboración propia

Asociaciones que o bien tienen sus secciones autonómicas o bien son producto de la federación de las diferentes asociaciones autonómicas. Por ejemplo, en Aragón, la Sociedad Aragonesa de Salud Mental-AEN y la Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría.

La asociación profesional más antigua es la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Ferrandez Miralles (1999) realizó su tesis doctoral basándose en la documentación producida desde esta asociación, ya que:

«La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) representa la opinión y el colectivo con más peso específico en la realidad de la Salud Mental española, sobre todo si nos referimos al ámbito asistencial público. Es decir, en cuanto a su presencia en los hospitales, centros de salud mental, y demás

dispositivos existentes. Además también le cabe una representatividad histórica, al ser continuadora de la primera Asociación Española de Neuropsiquiatras, fundada en 1924, que fue según la mayoría de los historiadores, la primera institución de carácter organizativo con carácter estatal, y el inicio de la era moderna en la psiquiatría española», (Ferrandez Miralles, 1999).¹⁹³

La AEN inició su andadura en 1924 aglutinando inicialmente a profesionales de la psiquiatría. A partir de 1977 se transformó en una asociación multiprofesional, única de este carácter hasta la creación de la Asociación de Rehabilitación Psicosocial en 2001.

Excepto estas dos asociaciones multiprofesionales, que aglutinan las diferentes disciplinas que atienden la salud mental, el resto, son asociaciones profesionales de tipo corporativo: psiquiatría, psicología clínica, enfermería de salud mental. Son sociedades que buscan el avance científico, se preocupan por la formación profesional y el desarrollo asistencial, pero también fundamentan su creación y realizan actividades en defensa de los intereses de sus respectivos colectivos profesionales, (Retolanza, Cabrera y Tradillos, 2006, 219).

En los primeros proyectos de transformación de la atención psiquiátrica de los años de la transición la AEN actuó como un referente y un grupo de presión importante. De hecho el modelo de reforma de los sistemas de atención a la salud mental en nuestro país ha seguido, en buena medida, los pasos propuestos por la AEN. Las ponencias centrales de los congresos (y las correspondientes publicaciones) se han dedicado, a veces, a temas clínicos pero han sido más numerosas las referentes a la transformación de la asistencia psiquiátrica, “*la defensa del sistema público de atención a la salud mental, la preocupación no sólo por los procedimientos utilizados en cada paciente, sino también por los efectos que dichos procedimientos tienen sobre el nivel de salud de la población, o la denuncia de los usos ilegítimos o el abuso de la psiquiatría*”, (Fernández Liria 1999, 507).

Las asociaciones en salud mental coinciden en el objetivo de contribuir al conocimiento, desarrollo profesional y científico en el campo de la atención de la salud mental, realizan actividades similares: conferencias, cursos, seminarios, congresos. Y son vehículos de difusión del conocimiento a través de sus publicaciones. La producción teórica ha sido enorme a lo largo del periodo reformista, apareciendo un gran número vinculadas a las asociaciones científicas. De ellas podemos distinguir tres tendencias:

- (i) Las de orientación pública y comunitaria: la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (1981), *Psiquiatría Pública* (1988-2001), *Editorial Nieva/Dorsa* (1988); *Siso-Saude* (1984), *Goze/Norte de Salud Mental* (1997), *Frenia* (2001), *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* (2001) y *Átopos, salud mental, comunidad y cultura* (2003), *Rehabilitación Psicosocial* (2004).

¹⁹³ Ferrandez Miralles. E. (1999). Tesis doctoral: Corrientes y tendencias en la salud mental española. Análisis bibliométrico de la revista de la asociación española de neuropsiquiatría. Universidad de Murcia. Cita obtenida del resumen de la base de datos de Tesis Doctorales (TESEO). <https://www.educacion.es/teseo/mostrarRef.do?ref=213531>

- (ii) De orientación médico biológica: *Revista de Psiquiatría biológica* (1994), *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (2008), *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* (1987) *Diagnosis*: publicación científica de Fundación PROSAM (2004), *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente* (2003)
- (iii) Revistas más específicas como *Psicopatología Clínica Legal y Forense* (2000) *Revista CES Psicología* (2008), *Presencia, revista de la enfermería de salud mental* (2005), y la de más reciente creación *Revista de enfermería y salud mental* (2015).

Pudiendo asimismo citarse otras publicaciones que aparecieron y desaparecieron como *Monografías de psiquiatría* (1989-2008), *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática* (1979-2005), *Systemica* (1995-2004).

De todas ellas, la AEN posee además una extensa línea editorial de libros con varias colecciones, como *Estudios, Cuadernos técnicos, Historia, AEN Digital...*, todas ellas con numerosos títulos. Algunos de ellos de auténtica referencia para los profesionales de la salud mental.

Espino (2002, 52) destaca las dificultades de viabilidad de estas publicaciones que difícilmente pueden sobrevivir sin apoyo financiero, apoyo que solo encuentran en la industria farmacéutica, lo que claramente puede comprometer su independencia. Por su lado Desviat (2011), abunda en estas dificultades además de señalar que los profesionales de los servicios públicos disponen de muy pobre capacidad para la investigación.

«Abogados a una práctica rutinaria entre la presión asistencial y la falta de incentivos. La investigación queda fuera de la labor clínica cotidiana. Hay una clara disociación entre quienes hacen clínica y quienes hacen investigación, o bien, en el ámbito de los servicios, entre quienes ven pacientes y quienes escriben sobre cómo se ven los pacientes. Brecha que hace que las preguntas que responden los investigadores no sean las que se producen en la clínica, y disociación que hace que los trabajos sobre clínica sean muchas veces revisiones de la literatura internacional de escasa aplicación a la práctica cotidiana», (Desviat 2011, 433).

La realidad es que tanto las asociaciones como las publicaciones se han visto muy condicionadas por la necesidad de financiación que ha sido asumida por la industria farmacéutica. Esto requiere una valoración realista de la actividad científica, discriminando los aspectos vinculados con los intereses de mercado y la independencia en el desarrollo investigador. Para evitar errores en este sentido se han diseñado diferentes escalas que muestran en un nivel jerarquizado el grado de evidencia o rigor científico del diseño de los estudios a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento o intervención sanitaria. Así se ayuda a los profesionales de la salud a valorar la fortaleza o solidez de la evidencia asociada a los resultados obtenidos de una estrategia terapéutica.

Con el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación la difusión y acceso a la producción teórica se ha facilitado enormemente, pero también requiere un

esfuerzo grande de selección, discriminación y análisis. Proceso que se ha dado en llamar “sobrecarga informativa”, el volumen de conocimiento acumulado crece exponencialmente desde hace al menos un siglo y la información científica se duplica cada seis años. En un entorno así, la búsqueda de informaciones concretas se hace dificultosa. La posterior clasificación de la información por su corrección, calidad, etc. requiere un gran esfuerzo selectivo, problema con el que se encuentra cualquier investigador y del que doy fe con el desarrollo de este trabajo.

4.6 Condiciones de vida de los enfermos mentales

Como hemos visto, el modelo asistencial planteado supone el traslado de la asistencia del hospital psiquiátrico a la comunidad, ampliándose el ámbito de intervenciones mediante una compleja red territorializada que incluye aspectos sanitarios y psicosociales. Red que debería proveer una “continuidad de los cuidados” a lo largo de la trayectoria del enfermo, esto es, articular el modo de facilitar el acceso a los servicios y adecuarse a las necesidades de los pacientes. ¿En qué medida el objetivo se ha ido cumpliendo?

Tras 25 años de iniciada la reforma oficial, podemos valorar los efectos de los cambios producidos no solo a nivel de recursos asistenciales, sino en las condiciones objetivas de vida de los pacientes, la percepción subjetiva de su calidad de vida, los efectos sobre las familias... Y, en general, cómo ha dispuesto el sistema la cobertura de las necesidades.

Hasta que se elaboró la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en 2007 y fue evaluada en 2011, no existe ningún análisis riguroso de la situación de la atención a la salud mental en nuestro país. Siguiendo los criterios de Torres González (2012) y Hernández Monsalve (2011), son los diferentes informes del Defensor del Pueblo en el ámbito nacional y autonómico, la referencia para obtener esta información.

El proceso de desinstucionalización, como ya se ha dicho, fue mucho más rápido que el desarrollo de los servicios comunitarios; en especial el de los dispositivos del tercer nivel asistencial, dirigidos a la rehabilitación psicosocial de los pacientes con los problemas más graves o incapacitantes.

Los servicios sociales igualmente se desarrollaron e implantaron con bastante posterioridad al inicio de la reforma. La disponibilidad de los servicios sociales para el apoyo a las personas con trastornos mentales fue hasta mediados los años noventa prácticamente inexistente. Y una vez cerrado el acceso a la hospitalización prolongada y sin los recursos intermedios que cubriesen las necesidades de los pacientes más graves, los servicios sociales no tenían capacidad de absorber tan alto número de personas. Como consecuencia de estas carencias, muchas familias se sintieron desbordadas, hubo numerosas protestas en los medios de comunicación y alarmantes informes del Defensor del Pueblo, (Hernández Monsalve 2011, 296-297)

El Defensor del Pueblo Español, en su “*Informe sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*” (1991),¹⁹⁴ señalaba la carencia de dispositivos intermedios, la escasa disponibilidad de estructuras de carácter social que estaba condicionando los planes de desinstitucionalización de los pacientes internados y la persistencia de hospitales psiquiátricos que apenas contaban con algún psiquiatra en su plantilla, y en condiciones de habitabilidad bajo mínimos. Especialmente denunciaba cómo los cuidados que requerían los enfermos mentales estaban recayendo sobre las familias, sin ningún apoyo ni la formación necesaria, “*puesto que las reformas avanzaban más a nivel declarativo que en los hechos*”, (Hernández Monsalve 2011, 297).

Fruto de este informe se llevaron a cabo importantes reformas legales. Lo más destacable estuvo en la Ley Orgánica 10/1995, que suponía contar con un nuevo Código Penal y la modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Disponiendo, entre otras cosas, y ante la falta de regulación en aspectos de protección de los derechos de estos enfermos, la realización de un especial seguimiento judicial de los enfermos mentales ingresados en centros sanitarios que no pudiesen asumir por sí mismos la defensa de sus derechos (ingresos, salas de aislamiento, salidas, visitas, medios mecánicos de contención y en general todo los aspectos relacionados con la falta de libertad), (Defensor del Pueblo, 2010).

Otros informes tales como del Defensor del Pueblo Andaluz,¹⁹⁵ o el del Ararteko en el País Vasco,¹⁹⁶ apuntaron en la misma dirección. En este sentido resultó elocuente un estudio realizado por el Síndic de Greuges en la Comunidad Valenciana,¹⁹⁷ en el que se analiza la situación de la atención a la salud mental en esta comunidad, complementando un estudio paralelo para toda España.

Este estudio fue publicado como informe especial de la institución en 2003 con el título: “*Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias*”. Las conclusiones confirmaban:

«Se siguen observando situaciones de angustia motivadas por la escasez y descoordinación de los recursos y es frecuente detectar:

a) Familias desesperadas en busca de centros, ante casos de sentencias judiciales que consideraban el internamiento adecuado, no en un centro penitenciario sino en otro específico de carácter sanitario o de centros para la deshabitación de toxicómanos. En demasiadas ocasiones, ante la ausencia de recursos, terminan siendo internados en la prisión sin ser éste el lugar adecuado para su reinserción.

¹⁹⁴ Defensor del Pueblo (1992). *La situación jurídica del enfermo mental en España*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.

¹⁹⁵ Defensor del Pueblo andaluz. *Situación de los enfermos mentales* (2013). Disponible en: http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/INFORME_SALUD_MENTAL_DPA.pdf

¹⁹⁶ Ararteko (2000). *Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental*. Markez I, Póo M, Ariño J, Córdoba S, Merino C, Romera C. Bilbao. Disponible en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_17_3.pdf

¹⁹⁷ Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana (2003). *Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familiares*. Informe especial a las Cortes Valencianas. Disponible en: <http://www.elsindic.com/va/informes-especiales.html>

b) Auténticos dramas familiares debido a que, por circunstancias socioeconómicas o laborales, resulta difícil hacerse cargo de enfermos mentales o toxicómanos con determinadas patologías, sin que existan recursos que faciliten la atención de los enfermos y de las familias.

c) Residencias que, en muchas ocasiones, no están concebidas ni preparadas para la atención de este tipo de enfermos.

d) Pisos de acogida sin la suficiente atención y control por parte de los poderes públicos.» (Informe Sindic de Greuges 2003, 1)

El Defensor del Pueblo Andaluz, en su informe de 2013 también abunda en la misma línea:

«Al llevar a cabo un tránsito acelerado de un sistema a otro, las expectativas de restaurar a los pacientes en el disfrute de sus derechos se vieron frustradas por las disfuncionalidades acaecidas en el proceso, que repercutieron igualmente en los derechos de los enfermos. Por nuestra parte considerábamos que la inserción de los pacientes desinstitucionalizados en sus núcleos familiares, no había tenido en cuenta determinadas circunstancias de las familias, como pudiera ser su falta de preparación, las edades de los cuidadores, la escasez de recursos económicos, o precisamente su carácter de concausa y fermento de la propia enfermedad mental en muchas ocasiones, no configurando por tanto a veces el medio adecuado para la rehabilitación e inserción social de los enfermos. Por entonces concluíamos que se había producido un distanciamiento entre un modelo teórico socialmente avanzado para progresar en los derechos y libertades de los enfermos mentales que venían siendo sistemáticamente vulnerados en el sistema anterior; y la puesta en práctica del mismo, por la insuficiencia de los medios para llevarlo a cabo, por lo que los derechos aludidos seguían sin ser respetados, aunque hubiéramos pasado de una vulneración activa a otra omisiva», (Defensor del pueblo Andaluz, 2013, 251).

Por su parte, Avelino Fernández, Presidente de la Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia (AMAFE), escribía en el 2000:

«La desinstitucionalización y con ella el sistema de psiquiatría comunitaria a que da paso, se convierte, por sus enormes defectos de aplicación, y pese al excelente espíritu que la promovió, en una auténtica pesadilla para las familias implicadas, que a menudo nos preguntamos ¿qué está más lejos de la realidad, la mente del enfermo o el sistema montado para atenderle?», (Fernández, 2000, 335).

Estos informes muestran que el proceso de desinstitucionalización, sin un desarrollo previo de la red asistencial, sin una previsión de las necesidades y sin la creación previa de las estructuras intermedias, hace recaer el peso de los cuidados en las familias que se ven desbordadas.

La carga familiar y los costes indirectos que supone la atención de los enfermos mentales en sus domicilios, está documentada por numerosos autores, como Hernández Monsalve (2011, 298), Ibáñez Pascual y Pascual Menéndez (2006, 446), San Emeterio (2006, 129), Martínez Larrea (2002), FEAFES (1995), Castilla et al. (1998), entre otros.

En España la atención proporcionada por cuidadores informales es el 88% de toda la atención que reciben. El cuidador suele ser mujer entre 50-65 años, con nivel cultural medio, se estima que dedica a esta tarea más de 60 horas semanales durante años. Otro factor significativo es que en una proporción importante de estas familias (el 37%), la fuente principal de ingresos económicos son las pensiones no contributivas de los propios pacientes, pensiones de muy escasa cuantía (al no derivarse de haber sido trabaja-

dor). Y esta situación económica de muchas familias, les imposibilita acceder a otras ayudas por sus propios medios, (Hernández Monsalve 2011, 298).

En este campo Martínez Larrea (2002) realizó un estudio valorando el efecto que la enfermedad ejerce sobre los familiares y las medidas que adoptaban para enfrentarse a ella. En su investigación analizó las diferentes dimensiones que pueden afectar a la familia. Las subdivide en carga objetiva y carga subjetiva.

Carga objetiva es cualquier alteración de la vida familiar potencialmente verificable y observable, como alteraciones en el trabajo, la vida social, el tiempo libre, las tareas de la casa, las finanzas y las interacciones dentro y fuera de la familia. Y la carga subjetiva se refiere a los sentimientos personales de estar insatisfecho, preocupado, molesto, la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva, la angustia por el hecho de que el paciente nunca llegará a ser lo que hubiera podido ser.

De su estudio se destacan las siguientes conclusiones, (Martínez Larrea, 2002).

- Más del 80% de los cuidadores de personas con discapacidad son mujeres, el rol de cuidadora en las mujeres es un rol asociado culturalmente al proceso de socialización, que contribuye a la discriminación por género al ir en detrimento de la salud y las oportunidades de la mujer (madre, hermana abuela de enfermos mentales).
- El 35,8% de los cuidadores consideran la enfermedad una carga económica constante.
- El 44,8% de los cuidadores ven alterada su rutina diaria por atender a los pacientes.
- La dedicación exclusiva que requieren los cuidados de los familiares enfermos supera las 11 horas semanales.
- El 43,3% de los cuidadores han sufrido pérdidas significativas de oportunidades socio-laborales a lo largo de la vida por la enfermedad de su familiar.
- El 40% de los cuidadores no reciben ayuda de otros cuidadores en su tarea.
- El 12,1% de los cuidadores presentan patologías relacionadas con las tareas de atención al paciente.
- El 32% de los familiares sufren alteraciones emocionales como consecuencia del impacto psicológico del cuidado del paciente.
- Sólo 6,5% de las familias que prestan cuidados a personas con discapacidad cuentan con apoyo de los servicios sociales.
- Sólo el 3,2 % de personas mayores de 65 años reciben ayuda a domicilio.
- El empleo de personas con discapacidad en España sigue estando a la cola de los países de la UE.

Por otra parte, todos los estudios concluyen que los programas de atención comunitaria a los pacientes con esquizofrenia dependen de forma significativa de los cuidados informales realizados por las familias, así como que la falta de desarrollo de una red de servicios adecuada y completa ocasiona a éstas graves costes. Costes cuantificables en dinero, tiempo y oportunidades perdidas, así como en salud y calidad de vida.

De hecho, a medida que la Reforma fue incrementando y completando su red, tanto en lo sanitario como en lo social, disminuyendo por tanto sus importantes carencias iniciales, fue proporcionalmente mejorando la situación de los enfermos y sus familiares. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (Ley 39/2006), supuso una esperanza, pero su desarrollo efectivo ha sufrido un notorio estancamiento.

A tenor de ello, las quejas ante el Defensor del Pueblo se han ido atemperando y variando a lo largo de los años. Ya no son críticas globales, incluso hacia los postulados básicos de la reforma, pasando a ser más expresivas de las disfunciones puestas de manifiesto a la hora de materializarla y denunciando las distintas carencias en áreas concretas de la atención, (Defensor del Pueblo andaluz, 2013). En este sentido, el Ararteko, declara que los principales problemas que la institución detectó en 2011 son cinco:

- 1) La tasa de inactividad puede llegar a alcanzar un 70%, unido a las dificultades para mantener un puesto de trabajo y la situación de dependencia económica o precariedad.
- 2) El acceso a la vivienda sigue siendo un problema, por la inexistencia de medidas de acción positivas que faciliten el acceso a la vivienda de estas personas.
- 3) Saturación en los centros de salud mental, así como insuficiencia de recursos de rehabilitación previstos en la cartera de salud. Largas listas de espera.
- 4) Escasez de profesionales, así como la necesidad de emplear más recursos de psicoterapia frente al exceso en el uso de psicofármacos.
- 5) Otro grave problema es la atención a la salud mental en las prisiones (los afectados vascos están internos en las dos únicas prisiones con centros psiquiátricos en territorio nacional: Sevilla y Alicante).

Si atendemos a la calidad de vida del individuo que padece una enfermedad mental, Alvarado Muñoz (2007), en su tesis doctoral "*Satisfacción de las necesidades y calidad de vida en personas con esquizofrenia y trastornos afines, en Chile*", realiza una revisión de una gran cantidad de trabajos de numerosos países que evalúan el impacto que ha tenido la transformación en la atención psiquiátrica en los pacientes, y su calidad de vida.

Este autor refiere el Proyecto TAPS (Team for the Avancement of Psychiatric Services), recogido por Leff (2000), como uno de los proyectos más sistemáticos en la evaluación del impacto que ha tenido el traslado de los pacientes desde el hospital psi-

quiátrico a la comunidad en su calidad de vida. De sus resultados cabe destacar ocho aspectos:

- 1) Disminución de los síntomas negativos, vinculado con una mayor estimulación y relaciones.
- 2) Incremento en las habilidades para la vida diaria, aseo, alimentación vestido...
- 3) Mayor libertad y riqueza en sus relaciones.
- 4) Buena adherencia al tratamiento.
- 5) Ningún cambio o algún empeoramiento en los síntomas positivos.
- 6) Tasa de mortalidad superior a la esperada por edad y sexo, pero no mayor a la de los pacientes que se mantienen en el hospital.
- 7) Tasa de delitos cometidos por enfermos mentales es baja, pero los cometidos contra ellos es frecuente.
- 8) La externalización de los pacientes pone en evidencia el prejuicio social, el estigma y la discriminación a la que socialmente se somete a estos pacientes.

Bobes y González (2000) elaboraron una revisión de los estudios e investigaciones más importantes sobre la calidad de vida en las personas con trastorno mental crónico, especialmente en la esquizofrenia (hayan estado hospitalizadas o no). Los resultados son bastante concordantes. Merece la pena destacar las conclusiones más relevantes:

En primer lugar aparece una determinación clara en la necesidad de velar por que se garantice el respeto de los derechos civiles de los pacientes frente a las actuaciones sanitarias que pueden llevar consigo una limitación de sus libertades.

En segundo lugar, las personas con un trastorno mental crónico que viven en la comunidad, en familias o en estructuras intermedias, tienen mejores condiciones de vida y están casi siempre más satisfechas que las que viven en los hospitales. Las personas que vivieron mucho tiempo en hospitales y actualmente viven en la comunidad también están más satisfechas en la actualidad y dicen que sus condiciones de vida son mejores.

En tercer lugar aprecian especialmente la mayor libertad, su relación con el entorno, el trabajo cuando lo tienen, la disponibilidad de servicios públicos y de apoyo, y las condiciones de alojamiento y vivienda. En resumen su situación es más confortable y socialmente más cohesiva y participativa.

Cuarto, las personas con psicosis generalmente presentan peores condiciones de vida que las personas con neurosis, aunque en algunos casos manifiestan una mayor satisfacción con su situación.

En quinto lugar, las mujeres presentan una mayor satisfacción y mejores condiciones de vida que los hombres en los aspectos referidos a relaciones sociales y compromiso social.

Sexto, las personas con trastorno mental crónico informan de un modo razonablemente fiable sobre sus condiciones de vida y su satisfacción con las mismas.

En séptimo lugar, el trastorno mental crónico se asocia en muchas ocasiones con condiciones de vida deficitarias y con un porcentaje elevado de personas insatisfechas con sus condiciones de vida.

Octavo, los factores relacionados con las condiciones de vida más deficitarias son las relativas a la independencia, la economía, el trabajo, la educación y la formación, y también las vinculadas a las relaciones y participación social.

Y noveno, las condiciones de vida más favorable se asocian con mayor escolaridad, mejores vínculos familiares, tener apoyo social, empleo remunerado, participar en actividades asociativas de usuarios y de ocio, mayor funcionalidad global a la hora del diagnóstico y con haber tenido mayor número de intervenciones psicosociales.

Además, existe un consenso en que con todas las dificultades e insuficiencias, la reforma psiquiátrica ha supuesto una mejora sustancial de la atención a los trastornos agudos y de los llamados trastornos mentales menores, problemas que anteriormente no recibían tratamiento o este era muy deficitario (derivando a veces en problemas más graves). También han mejorado las condiciones de vida de muchos enfermos mentales graves y crónicos, enfermos que en la medida que tienen a su alcance los servicios necesarios, pueden mantenerse en su propio entorno familiar y social del modo más normalizado posible, (Rodríguez y Bravo, 2003, 215).

Pero a pesar de esta constatada mejoría en las condiciones de vida, lo cierto es que la cronicidad y las dificultades de funcionamiento reaparecen en la comunidad o emergen bajo nuevos patrones. Y a pesar del tratamiento, muchas de las personas que sufren trastorno mental grave mantienen déficit y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración.

Es con estos pacientes con los que la Reforma ha encontrado las mayores dificultades. En el informe realizado con ocasión del Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (2006), Fernández Liria fue explícito al declarar los errores de previsión:

« Hay cosas que en aquel momento dábamos por supuestas que probablemente no se ajustan a lo que sucedía entonces ni a lo que ha sucedido después. [...] Cuando pensábamos qué pacientes eran externalizables o desinstitucionalizables en ese momento, lo primero que mirábamos era donde estaba su familia y la distancia de la familia al lugar del que pretendíamos conseguir la desinstitucionalización. Partíamos de la base de que lo que tenemos es una estructura familiar que se considera responsable y que de algún modo tiene la obligación de hacerse cargo del cuidado de las personas que están discapacitadas. Bueno, esto seguramente ha sido verdad en nuestro país en algún momento. [...]. Pero es muy improbable que suceda en alguna medida en nuestros medios urbanos dentro de nada. Este es un tema importante, porque si no contamos con las familias como con un organismo que tiene la obligación de hacerse cargo del cuidado de los pacientes, entonces los costes que hemos calculado para la reforma están infraestimados, porque alguien se va a tener que hacer cargo de eso, ¿no?», (Fernández Liria 2005, 85).

Como vemos la reforma ha supuesto que la familia ha debido ocuparse de la persona enferma, más allá de lo que suponen sus funciones habituales, con el consiguiente des-

gaste y movilización reivindicativa en busca de apoyos, recursos y asistencia que quedaba muy limitada. Esto agravado por políticas de tendencia neoliberal que priman valores distintos al modelo de partida.

Esta coyuntura ha provocado que, aunque con bastante retraso y de forma todavía deficitaria, los recursos de rehabilitación sean el ámbito de la salud mental con más profundos cambios en los últimos años. Esto se ve en el establecimiento de programas novedosos: alojamientos protegidos, rehabilitación laboral, cognitiva, psicoeducación, centros de día, case management, tratamiento asertivo comunitario, intervención con familias, intervención en crisis, economía de fichas.

Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales. Sea para la adquisición y recuperación de habilidades necesaria para la vida normalizada en la comunidad. Sea para apoyar a las familias en su tarea en la medida que puedan y quieran prestar estos cuidados. Sea para mejorar el funcionamiento psicosocial, la normalización de roles sociales y también para proteger al enfermo de las barreras sociales (estigma, rechazo social, falta de recursos y soporte social, y en general la exclusión social). Así como para asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos.

En la última década el modelo de la “rehabilitación psicosocial” ha tomado un nuevo rumbo, con la incorporación del concepto: “recovery”. Éste hace referencia no sólo a la “recuperación” del trastorno, sino sobre todo a la recuperación del proyecto vital, una vez que ha aparecido la enfermedad y la discapacidad. Implica, sobre todo, apoyarse en las fortalezas, en las potencialidades que quedan y en el proceso dinámico de querer seguir desarrollándose. Es un modelo de intervención que demanda un importante esfuerzo de formación específica en el área de la rehabilitación psicosocial y en su investigación.

Las personas con enfermedad mental grave no suelen ser demandantes de servicios ni se constituyen en grupo de presión. Presentan un conocimiento superficial de sus derechos de ciudadanía; como el derecho a la información, a consentir el tratamiento, a solicitar información sobre alternativas terapéuticas, a presentar quejas. Las burocracias, los papeleos, las citas y entrevistas múltiples y preliminares al acceso a los servicios actúan también como frenos a la adecuada atención y al mantenimiento de los cuidados, (Ararteko 2000, 203).

El enfermo mental grave es una persona muy vulnerable, por lo que la sociedad debe proveer de todos los recursos necesarios para proteger el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles. Se han de ofrecer las alternativas necesarias para que su desarrollo como persona alcance el máximo de sus propias potencialidades como individuos y como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho. Es importante adaptar los programas a las necesidades de las personas, no que sean éstas las que deben acoplarse en los diferentes programas disponibles.

Un ejemplo de esta adaptación de los programas la encontramos en el “Equipo de Calle”, creado en 2003 en el Hospital Clínico de Madrid, integrado por Psiquiatría, Psicología, Enfermería y Trabajo y Educación Social, siendo los profesionales de enfermería los más numerosos en el equipo (cuatro). Se encargan de apoyar a las personas en situación de exclusión social que necesitan prevenir o tratar enfermedades mentales graves. Su función es acercar los servicios sanitarios y sociales a las personas que por sus circunstancias no acceden a ellos. A menudo el trabajo es a pie de calle, con el objetivo último es ganarse su confianza, servirles de referencia y hacer que mejoren sus condiciones de vida posibilitando recursos de reinserción, (Diario Enfermero 23 septiembre 2015).

A partir de las entrevistas realizadas a profesionales y usuarios sobre la calidad de vida de los enfermos mentales, encontramos datos significativos.

Observamos que entre los profesionales encuestados hay cierta correlación entre una valoración más positiva en los profesionales con mayor tiempo trabajando en los servicios (lo que casi siempre coincide con ser personas de mayor edad y que han conocido otro modelo asistencial). Ejemplo de esto son expresiones como: *“con la reforma mejoraron enormemente, pero ahora con la crisis es posible que lo estén empezando a pasar peor..., temo que las necesidades materiales no sean ahora las más urgentes”*, (PQ 4). *“Los pacientes crónicos actualmente están cuidados, su aspecto, su salud, tienen muchas más posibilidades de hacer cosas y de vivir dignamente, nada que ver con la vida en la institución de antes”*, (AE 4). *“En la actualidad la mayor dificultad además del aislamiento social propio de su enfermedad, es la falta de perspectivas laborales. Pero tienen muchas más posibilidades de sentirse personas que ante un encierro”*, (ESM 8). *“En el centro la calidad de vida es buena, podrían tener más actividades de ocio y salidas por la ciudad, pero están muy atendidos”*, (AE 1).

Los profesionales jóvenes son más críticos y observan más deficiencias, como: *“necesitan más apoyos para las actividades de la vida diaria, les cuesta mucho la autonomía si no hay supervisión”*, (ESM 9). *“¿Cómo van a tener calidad de vida con unas pensiones tan bajas y con las dificultades para trabajar?”*, (ESM 5). *“Las familias a veces no son buen apoyo, pero lo peor es quizás no contar con la familia”*, (ESM 7)

Pero la impresión predominante entre los entrevistados es que la calidad de vida de los pacientes atendidos en los servicios comunitarios (Centros de día, Hospital de día, Centro de Salud Mental), es buena, sobre todo si disponen de una red de apoyo familiar y social. Los centros de internamiento (Larga Estancia, Hospitalización Breve...), tienen cubiertas las necesidades básicas pero en Larga Estancia aparecen aspectos negativos en relación las instalaciones: *“antiguas, camas que no funcionan, paredes sucias y desconchadas...”*, (AE 3) e incluso se habla de: *“hacinamiento, 27 pacientes para una capacidad de 20”*. (AE 3).

Respecto a las unidades de Hospitalización Breve, por sus características propias y al estar incluidas en una dinámica hospitalaria, la valoración es compleja. Los profesionales consideran que: *“se les cuida muy bien, pero allí nadie está por gusto, suelen coincidir con etapas de crisis, y en cuanto se estabilizan se van”*, (ESM 7). *“El abordaje de la problemática del paciente es casi exclusivamente médico, biologicista y basado en terapias farmacológicas”*, (PQ 2).

Tanto en larga como en corta estancia se señala que el bienestar va a depender del nivel de actividades que desarrollan a lo largo del día, es decir, del dinamismo que el servicio establezca en el trabajo con los pacientes. *“Si hay actividades, se les ve mucho más contentos y entretenidos..., aunque también los hay que prefieren no hacer nada”*, (ESM 1).

Una observación generalizada es que la calidad de vida baja considerablemente en todos los pacientes en los que aparece concomitante el consumo de alcohol o drogas.

El denominado “fatalismo terapéutico”: convencimiento de que la enfermedad va a conducir ineludiblemente a deterioro y que cualquier intervención para mejorar la situación va a ser infructuosa, condiciona que los profesionales con esta perspectiva no encuentren aliciente para contribuir en las condiciones de vida del paciente.

Los factores peor cubiertos a criterio de la mayoría de los encuestados es la escasa participación en la comunidad, el aislamiento social y la falta de recursos económicos y perspectivas laborales.

Un factor esencial para que los pacientes tengan una calidad de vida aceptable es la “continuidad de cuidados” que en ningún momento del proceso se interrumpa el seguimiento, *“que siempre haya un profesional o servicio de referencia que oriente, supervise y garantice que el paciente recibe la atención que necesita, que tiene cubiertas sus necesidades físicas, psicológicas y sociales, y en caso de precisar atención específica, proporcionar el acceso a los servicios necesarios”*, (PQ 3).

El Centro de Rehabilitación Psicosocial “El Encuentro”, aparece en varias entrevistas como referencia para informar de los enfermos con mayores carencias y con graves dificultades a nivel de calidad de vida.

Los usuarios, por su parte, en general están satisfechos con el trato que reciben de los profesionales, de los servicios disponibles y de la pronta atención cuando la necesitan. Pero esta afirmación se corresponde a usuarios bastante autónomos y que están diagnosticados de “enfermedad mental grave”.

Las listas de espera de los Centros de Salud Mental y la distancia entre las revisiones les parece *“completamente inadmisibles”*, (U 1). Es común la queja sobre el tratamiento farmacológico, *“me deja atontado, cuando tomo la medicación no sirvo para nada”*, (U 2). La enfermera es vista por los usuarios y familiares entrevistados, como la figura más cercana y accesible, y también aparece como la profesional en la que confiar: *“con mi enfermera es con quien de verdad tengo confianza, le puedo contar lo me pasa”*.

y siempre me entiende y me explica las cosas, con el psiquiatra, no puedo, me pone una cara de incredulidad..., como que no le encaja en su esquema psiquiátrico”, (U 1).

La posibilidad de trabajar es una necesidad muy sentida por los usuarios, aunque cobren una pensión (fruto de los años cotizados), esta es de cuantía insuficiente, *“como cobro la pensión no puedo trabajar, pero con eso no llego ni a medio mes. Si pudiese complementarlo con algún trabajillo, pero claro si trabajo y me quitan la pensión y luego pierdo el trabajo...; es lo peor, querer y no poder trabajar”, (U 2).* En este sentido, el trabajo es considerado el factor que más contribuye a normalizar su vida y a sentirse integrados, así de elocuente lo expresa uno de los usuarios: *“trabajar cura más que cualquier medicamento”, (U 1).*

La preocupación por los problemas que generan en la familia también pesa sobre su sentimiento de bienestar y competencia. Y en los familiares es una constante la preocupación por: *“Quién les atenderá cuando nosotros faltemos”, (F 1).*

La actitud de las familias es muy variada. Los hay que aceptan la situación de cuidados como natural sin cuestionarse otras alternativas; los hay que expresan una importante sobrecarga y el sentimiento de poco apoyo social y sanitario; y quienes han encontrado en las asociaciones profesionales la opción para encontrar respuesta al desconcierto e inseguridad que genera convivir con un enfermo mental.

Las acciones que desde los servicios se ofrecen a los familiares, especialmente en forma de talleres de psicoeducación son consideradas un apoyo fundamental, encuentran: *“formación, información, apoyo y solidaridad en el grupo”, (F 2).*

Las dificultades que familiares y enfermos tienen que afrontar ha conducido a que éstos se organicen en asociaciones de afectados, asociaciones en ocasiones muy potentes que van jugar un papel importante en la transformación de la atención psiquiátrica, como veremos en el siguiente apartado.

4.7 Asociaciones de personas con enfermedad mental y familiares

En otros tiempos, los casos de enfermedad mental de algún familiar se trataban de “resolver”, o más bien de esconder, en el propio hogar. Todos los miembros incluso de varias generaciones se ocupaban de atenderlos. En los casos más extremos se recurría al internamiento, pero siempre dominaba la idea de la ocultación.

Una de las consecuencias de los movimientos de reforma psiquiátrica es el cierre a los ingresos en los hospitales psiquiátricos, e incluso la vuelta a los domicilios de pacientes allí internados. Esto supone que las familias deban asumir la responsabilidad del cuidado de los enfermos mentales, familias que han evolucionado notablemente en los últimos 50 años. Como señala Scherzer (1994, 51): *“la familia es ahora un grupo humano de tamaño reducido, estructura frágil y vínculos transitorios”.* El apoyo de la familia extensa es escaso. El acceso de la mujer al mundo laboral ha modificado los

roles y el prestar los cuidados que un enfermo mental requiere resulta ahora complicado sin una ayuda externa.

Esta política de atención a los enfermos mentales destapó un problema social que había quedado oculto tras las tapias de los manicomios. Una vez que este recurso quedó anulado y la respuesta asistencial tardó en adaptarse, fueron las familias las que se vieron en la necesidad de encontrar soluciones. Los afectados comprendieron que debían unir fuerzas como única manera de encontrar ayuda, demandar y reivindicar prestaciones y también defender los derechos de sus familiares enfermos.

La Ley General de Sanidad contempló la necesidad de articular la participación comunitaria en las estructuras sanitarias a través de los Consejos de Salud, que habrán de estar presentes en los distintos niveles sanitarios. Pero el desarrollo de los Consejos de Salud ha sido muy variable a lo largo del territorio y también de la coyuntura política. De hecho, su eficacia como depositario de las demandas sociales y órgano de participación ha sido muy exiguo, misión que en consecuencia tuvieron que articular los afectados a través del movimiento asociativo de familiares y allegados de enfermos mentales.

La participación del movimiento asociativo en las políticas de salud mental es expresión del derecho de participación reconocido constitucional y estatutariamente, como también en la diversa legislación sectorial (sanitaria y de servicios sociales). Y como tal, participan en el entramado institucional público. Lo que además es consustancial al modelo de atención comunitaria en salud mental, toda vez que propugna que las familias jueguen un papel fundamental en la atención y el mantenimiento de la inserción social de estos enfermos.

Las primeras asociaciones no diferenciaban a los enfermos mentales de otros tipos de casos. Con el tiempo evolucionaron, creándose en 1976 la Asociación y Cooperativa VIDA, primera asociación para enfermos mentales exclusivamente.¹⁹⁸ Seguidamente se crearon asociaciones de este tipo en Barcelona, Vitoria, Valencia, Murcia y poco después en Zaragoza, Logroño, la Coruña y Tenerife. En 1983 se unen las asociaciones de Valencia, Álava y La Rioja constituyendo FEAFES (Federación Estatal de Asociaciones de Familiares y enfermos psíquicos), a la que se fueron adhiriendo todas las asociaciones hasta que en 1991 se convirtió en la Confederación FEAFES con el nombre actual de Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales.

FEAFES, ha sido un factor dinamizador fundamental. No sólo ha dado visibilidad social a la transformación asistencial, sino que también ha detectado carencias y propuesto alternativas dando respuesta a las necesidades, trabajando para que se desarrolle

¹⁹⁸ Aunque así suele figurar en los textos, tenemos referencia de alguna asociación previa, como la *Agrupación de enfermos do Sanatorio do Conxo*, no sólo formalmente constituida como asociación desde 1974, sino con una sólida trayectoria como “*interlocutores válidos diante da administración, persoal asistencial e sociedade en xeral*”, financiada con fondos de la administración y las cuotas de sus socios. Véase al respecto Alot et al. (1977): Conxo, manicomio e morte. Santiago de Compostela: Xistral, p. 110.

se la red de atención a la enfermedad mental y asumiendo en su mayor parte los principios desinstitucionalizadores y comunitarios.

El papel de las familias y las asociaciones ha evolucionado de acuerdo con el desarrollo político y social, es una forma de entender la “ciudadanía”. Concepto que lleva implícito la participación social y política, así como la capacitación para tener mayor control sobre nuestras propias vidas. De este modo las asociaciones de familiares y de afectados, adoptaron como objetivo general tomar todas las medidas necesarias para mejorar la calidad de vida de los enfermos y familiares. Progresivamente han reivindicado mayor protagonismo y ante las carencias y dificultades que encontraba a nivel de gestión, se han constituido en un grupo de presión, que actualmente está presente en los organismos de planificación y evaluación. Se han vuelto también dispensadoras de servicios, contando con una red de servicios propios financiadas con fondos públicos, (Hernández Monsalve y Lalucat, coord., 2007).

González Duro (2000, 257) observa el riesgo de que esta coyuntura reste legitimidad y libertad a las asociaciones, al vincular su financiación a los vaivenes de las administraciones. Lo mismo ocurre cuando aceptan fondos de laboratorios farmacéuticos, al generar dependencias con una industria con unos intereses muy precisos: vender fármacos.

Las peculiaridades de los diferentes problemas con los que se enfrentan familiares y enfermos dependiendo de las diferentes patologías, han favorecido que se creen asociaciones monográficas y que, a su vez, se diferencien de otras asociaciones cuyos miembros presentan otras discapacidades. Lo que ha conducido a una gran fragmentación: bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de la conducta alimentaria..., que como destaca Desviat (2011) puede pervertir la planificación al conseguir mayor atención y recursos aquellos grupos con mayor capacidad de influencia en el poder político, desvirtuando el modelo, “*fagocitando recursos de la atención a la psicosis o a las neurosis graves*”, (Desviat, 2011, 431).

Las escasas asociaciones de personas con enfermedad mental sólo recientemente están cobrando mayor visibilidad social, y están participando en la redefinición de políticas y creando redes sociales de participación informal. Según Guinea y Casal Álvarez (2013, 877-884) constituyen prometedores instrumentos para avanzar hacia el empoderamiento y la plena ciudadanía de las personas afectadas.

Estos autores recogen los principios sostenidos por las organizaciones españolas:

«1. Normalización: se reclama la equiparación de derechos y deberes cívicos; se plantea la normalización de la condición de “diversidad mental” y el derecho a la diferencia para aquellas personas cuyo modelo o proyecto de vida no se ajusta a los modelos establecidos; se reclaman medidas de promoción de calidad de vida para el colectivo, y el reconocimiento de la capacidad de participar como expertos en la definición de los modelos de atención al colectivo en condiciones de equiparación con otros expertos.

2. Autodeterminación: reclaman que no se ponga en tela de juicio el derecho a gobernar la propia vida por recibir un determinado diagnóstico. Denuncian como barreras para el ejercicio de ese derecho el estigma y los prejuicios sociales, que favorecen la invisibilidad del colectivo; denuncian por inaceptable toda forma de violencia, ya sea ejercida en forma de coerción o de abuso del tratamiento farmacológico; la falta de servicios públicos cercanos al lugar de residencia, la falta real de oportunidades de participación ciudadana, como por ejemplo, por las barreras de acceso al empleo.
3. Representación en primera persona: reclaman que la representación de sus posiciones no sea ejercida desde otros colectivos, por más que sean amistosos y cercanos (como los familiares cuidadores o los profesionales).
4. Solidaridad y apoyo entre iguales: se propone poner en valor y fomentar canales que permitan el ejercicio de la solidaridad, el altruismo y el apoyo mutuo entre personas afectadas», (Guinea y Casal, 2013, 880).

Esta forma de empoderamiento y apoyo mutuo forma parte de la base de proyectos como la Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría a nivel internacional, la Asociación Alonso Quijano de Madrid (ADEMM), o de la Asociación de Usuarios de Salud Mental de Cataluña. Así como de clubes sociales o redes de ayuda mutua, como “La Asamblea de Majaras” que funciona en la localidad de Sant Boi del Baix Llobrega, el “Colectivo de Psiquiatrizados en Lucha” de Madrid o Radio Nikosia, constituida en Asociación Socio Cultural Radio Nikosia, por nombrar solo unos pocos.

Los asociados son quienes proponen las actividades, las organizan y las desarrollan. Tratan los temas que les interesan y también trabajan juntos en las nociones de empoderamiento, de derechos humanos de personas con discapacidad, la gestión de los diferentes proyectos, la ayuda mutua y el desarrollo del ocio normalizado. Da la oportunidad de crear vínculos, que no pueden ofrecer las instituciones, y contar con una agenda de contactos con personas conocidas con situaciones semejantes y con quienes sentirse comprendido.

Estas organizaciones se apoyan en la motivación y solidaridad entre iguales, con una mínima infraestructura y con un funcionamiento autogestionario.

Ésta es, a nuestro modo de ver, la etapa más avanzada de la reforma; y lo que en palabras de Alvarado Muñoz (2007) constituye el paradigma más reciente en la forma de entender la enfermedad mental y su tratamiento. Su principio fundamental es la capacitación y empoderamiento de los pacientes a través de grupos de autoayuda y organizaciones autónomas. Organizaciones que dan acceso a participar en la planificación, evaluación y procesos asistenciales que les afectan personalmente y colectivamente.

«El elemento central es el paso de un centro de control externo a un centro de control interno, un cambio desde métodos paternalistas a otros métodos más democráticos y participativos», (Alvarado Muñoz 2007, 19).

Para terminar este apartado, debemos hacer referencia a la importancia que diferentes autores Ibáñez y Pascual (2006), San Emeterio (2006), Hernández Monsalve (1999) confieren al nuevo escenario en el que deben redefinirse las relaciones entre el triángulo (familiares, usuarios y profesionales), la necesidad de encontrar el consenso ante intereses o prioridades contrapuestos, y encontrar espacios de colaboración.

Un buen ejemplo de esta colaboración entre los servicios públicos de salud mental y el movimiento asociativo, es la publicación del proyecto “Al lado de la persona afectada por una enfermedad mental grave” (Consejería de Salud andaluza, 2012), *“proyecto que acorde con el modelo comunitario de atención a la salud mental y la perspectiva de la recuperación, que incorpora a la tradicional visión clínica la trayectoria de vida del enfermo mental y la de su entorno próximo, así como poner de manifiesto cómo para hacer posible el gobierno de la enfermedad, más allá de su evolución clínica, se impone la necesidad de la alianza entre profesionales, personas afectadas y familias”*, (Defensor del Pueblo Andaluz, 2013, 245).

En las entrevistas realizadas las asociaciones se valoran de forma positiva, reconocen un papel importante tanto de presión hacia la administración, como lugar de apoyo mutuo, aunque también aparecen ciertas críticas. En este sentido nos decían que:

“Son fundamentales para hacer que escuchen las necesidades de los enfermos y de sus familias, son las que salen en la prensa denunciando las cosas y pidiendo apoyos. También me parece que es bueno que se apoyen entre ellos, seguro que con las personas que tienen los mismos problemas que tu te entiendes y te ayudan”, (ESM 4).

Y en un segundo ejemplo recalcan que:

“En su momento tuvieron un papel decisivo para que se dotase de recursos los servicios públicos, más, para que cumplieren la ley, había aspectos que se habían quedado muy deficitarios y las familias tenían que asumir un coste muy alto, no se desarrollaban los servicios que se habían prometido”, (PQ 4).

Con unos criterios más críticos explicaban:

“Tienen su lugar, pero en muchos casos se han extralimitado, pasándose al campo de los proveedores de servicio, lo que es aberrante”, (PC 1)

“Si, y creo que han tenido un papel decisivo. Ahora están ya colonizadas por farmaindustria... Ya no tendrán el mismo rol, no defenderán igual lo público”, (PQ 2)

Las Asociaciones de familiares y afectados luchan para que se cubran las necesidades de las personas con enfermedad mental y de sus familias. Éstas son sanitarias y de rehabilitación psicosocial, de inserción laboral y participación en el mercado de trabajo, necesidades de alojamiento y vivienda digna e independiente, ocio y tiempo libre, participación social, protección jurídica y económica. Y también y de forma transversal una de sus misiones fundamentales es la lucha contra la discriminación y el estigma, tema al que dedicamos el siguiente apartado.

4.8 Imagen social y estigma de la enfermedad mental

La imagen social de la enfermedad mental está influida por una serie de mitos, estereotipos y creencias erróneas que se transmiten desde hace siglos y denominamos “estigma en la enfermedad mental”, determinando actitudes y creencias que motivan que las personas sientan miedo, rechacen o eviten a la persona que actúa o es vista como diferente por estar etiquetada porque tiene un diagnóstico de una enfermedad mental.

El término estigma social procede de la práctica medieval de realizar una marca indeleble en algún lugar visible a las personas que, por alguna razón, eran señaladas como indeseables o proscritas socialmente. De modo que la persona quedaba expuesta al reconocimiento público para su rechazo o desprecio.

Muñoz et al. (2009) recogen las definiciones más extendidas del concepto “estigma”: Goffman (1963), consideraba el estigma como *“un atributo o condición que hace que su portador sea incluido en un grupo social que despierta rechazo y es contemplado como inferior por parte del resto de la sociedad”*. Otra definición influyente ha sido la de Jones et al. (1984), *“una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)”*. Stafford y Scott, (1986) lo definieron como una característica de las personas que *“resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como norma una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso”*.¹⁹⁹

Así el estigma es una visión limitada a determinadas características concretas y negativas que se asocian a todas las personas que forman un colectivo determinado. El individuo que lo padece tiende a ser visto por los demás únicamente desde el prisma de su condición. La estigmatización es casi siempre inconsciente, arraigada en la percepción colectiva y muy resistente al cambio. Su origen remite a simplificaciones sesgadas por ignorancia y temor ante lo desconocido. El principal estereotipo sobre las personas con enfermedad mental grave es el que las identifica con actos violentos, con la incapacidad para responsabilizarse de su vida, imprevisibilidad de sus reacciones o falta de control. Los medios de comunicación son un factor importante para fomentar o reforzar la imagen negativa de la enfermedad mental en la sociedad, en especial cuando ante sucesos violentos e impactantes para la opinión pública, se atribuye automáticamente a una enfermedad mental. Esta atribución con frecuencia es injustificada.

López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM y Aparicio A (2008, 54) analizan la relación enfermedad mental y violencia. Concluyen que inicialmente las personas con diagnóstico de esquizofrenia, y psicosis en general, parecen tener una frecuencia de actos violentos más elevada que la que presentan las personas sin esos diagnósticos, con cifras entre 3 y 6 veces más elevadas que éstas. Dato que profundizando en otras variables (edad, género, consumo de alcohol y otras sustancias, entor-

¹⁹⁹ Citado por Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo M. y Guillén A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense, p 12

nos vecinales), se comprueba engañoso. Ya que, considerando estos otros factores, se muestran más determinantes de la mayor o menor correlación con la violencia que la sola enfermedad mental, al equipararse entonces tanto la población con diagnóstico psiquiátrico como quienes no lo tienen.

En la misma línea González Parra, Molina, Huertas, Blasco-Fontecilla, Mora-Mínguez, y Pascual-Pinedo, (2008, 110), en su estudio “*Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos*”, muestran que el grupo de personas que protagonizan actos violentos es claramente minoritario entre quienes padecen algún tipo de trastorno o enfermedad mental. Sitúan la contribución de las personas con esquizofrenia a la violencia global entre el 5% y el 10% del total. La prevalencia de conducta violenta ejercida por los enfermos mentales en la comunidad no es superior a la población general.²⁰⁰ (Morera, Hueso y Martínez, 2001, 138). Pero son ellas, sin embargo las que siguen siendo el referente básico del estigma, (González Parra et al. 2008, 110).

En este sentido, Mena Jiménez y Bono del Trigo (2010), advierten que la asociación entre trastorno mental y violencia es una falsa creencia. Un prejuicio que alimenta el estigma del enfermo mental como un sujeto violento. De modo que el estigma que rodea a los problemas de salud mental se identifica como uno de los grandes hándicap para la recuperación, aumentando el sufrimiento personal y la exclusión social, a través de numerosas y diferentes facetas prejuiciosas que obstaculizan su realización como seres humano. Como, por ejemplo, impidiéndoles el acceso a la vivienda y al empleo, o incluso conduciendo a que los propios afectados no busquen ayuda por miedo a ser “etiquetados”. Lo que suele dificultar y retrasar su acceso al tratamiento, fomentar su aislamiento y contribuir en gran medida a la disminución de su calidad de vida y a un proceso específico de pérdida de oportunidades y marginación.

Otro factor a considerar es que la asociación violencia y enfermedad mental fomenta políticas tendentes al control y la contención en vez de hacerlo hacia la recuperación y la vida en comunidad. Y este tipo de control social genera desigualdad de trato y pérdida de derechos, incluyendo derechos civiles tan importantes como la libertad en general, el voto, el matrimonio y el cuidado de los hijos, el manejo del dinero, etc. Un elemento más de la estigmatización social es la idea de que los trastornos mentales son “graves y para toda la vida”, cuando, con ayuda y tratamiento adecuados, en la mayoría de casos la recuperación es posible; mientras que en otros cabe lograr una remisión o un grado suficiente de funcionalidad o estabilidad. Incluso, como nos recuerda Rodríguez Pulido (2011, 29), entre los profesionales existe cierta tendencia a catalogar la esquizofrenia como una enfermedad que invariablemente conduce al deterioro.

Sin embargo la supuesta cronicidad no se constata en los estudios más recientes, un ejemplo de esto lo recoge Gisbert Aguilar (coord.) (2003, 27), al afirmar que “*a pesar*

²⁰⁰ Si contabilizamos la violencia autoinflingida, la contribución a la violencia de personas con padecimiento mental es mucho mayor. Los datos indican que detrás del 90% de los suicidios hay una enfermedad mental de base.

de la creencia en el curso deteriorante de este trastorno estudios evolutivos posteriores (McGlashan, 1988; Angst, 1988) han puesto de manifiesto que un 25% de aquellos que han presentado un brote esquizofrénico remiten y se recuperan por completo, y que otro 60% tienen un curso episódico y con deterioro variable y que sólo el 15% tienen un deterioro progresivo». Lo preocupante de esta creencia es que los profesionales, bajo esta premisa, difícilmente transmitirán la motivación y el empuje necesario para la recuperación, lo que los convierte en un factor activo favorecedor de la propia cronicidad.

Un estudio realizado por la Comisión Europea de Trabajo y Asuntos Sociales, para la elaboración del “Programa de Acción Comunitaria para combatir la discriminación en 2001-2006”,²⁰¹ destaca entre sus hallazgos más relevantes, los factores discriminadores a los que están expuestas las personas con enfermedad mental:

- «-Los problemas físicos son desconsiderados al atribuirles causas psicológicas.
- La medicación psiquiátrica se prescribe sin consentimiento informado.
- Se rechazan las quejas basándose en la patología.
- Se niega el derecho a toda la información sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Si el tratamiento no es aceptado por el paciente se recurre a amenaza de ingresos, a imponer un tratamiento forzado o a aumentarle la dosis de la medicación prescrita», (Hernández Monsalve y Lalucat 2007, 24).

El modelo asistencial comunitario encuentra en estas actitudes una importante barrera para el acceso de la integración efectiva del enfermo mental en su ámbito más cercano, barrio, familia, trabajo... Por lo que el interés en este sentido se ha acrecentado en las últimas décadas, apareciendo numerosa investigación multidisciplinar sobre el tema. Desde la Psiquiatría, pero también desde la Psicología, la Psicología Social y la Sociología, (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio 2008), (Mena Jiménez y Bono del Trigo 2010). A su vez, profesionales, enfermos, familiares y las autoridades políticas y sanitarias, han identificado el estigma como una parte sustancial del problema de las personas con enfermedad mental. Su erradicación se ha convertido en un objetivo prioritario de intervención institucional de la OMS,²⁰² de la Comisión Europea,²⁰³ del Parlamento Europeo,²⁰⁴ y en nuestro país del Ministerio de Sanidad y Política

²⁰¹ Comisión Europea (2001). Programa de Acción Comunitaria para combatir la discriminación en 2001-2006. Citado por Hernández Monsalve y Lalucat (2007). Consenso sobre la promoción de la Salud Mental, prevención del trastorno mental y reducción del Estigma. Cuaderno Técnico nº 8. Madrid; AEN.

²⁰² Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS) Europa (2005). Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. Conferencia Ministerial Europea de la OMS: Helsinki, 2005. Disponible en <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>.

²⁰³ Comisión Europea (2005). Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia común de la Unión Europea en materia de Salud Mental: Comisión Europea.

Comisión Europea (2008). Pacto Europeo por la salud mental y el bienestar. Conferencia de Alto Nivel de la Unión Europea. Bruselas: Presidencia de la UE, 2008. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm

²⁰⁴ Parlamento europeo (2006). Resolución “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”. Parlamento Europeo.

Social y de las diferentes Autonomías, que establecen la necesidad de una mejor concienciación de la población respecto a las enfermedades mentales y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas mediante acciones de sensibilización.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007)²⁰⁵ y su revisión (2011)²⁰⁶, lo introducen como uno de los objetivos generales (Objetivo General 3): “Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales”, en el cuadro se muestran las recomendaciones:

Cuadro 9: Recomendaciones para la erradicación del estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental

1. Implantar mecanismos que permitan identificar en la legislación vigente, y en las nuevas propuestas legislativas, barreras que impidan el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales.
2. Las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.
3. En el ámbito de las CC.AA., se adaptarán las normas y procedimientos internos para fomentar la integración y reducir el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales y sus familias. Esto se llevará a cabo, fundamentalmente, en los reglamentos de régimen interno de los dispositivos relacionados con la atención sanitaria. Estas adaptaciones de reglamentación normativa en las CC.AA. deberán incorporar el enfoque transversal de género y adecuar sus textos al lenguaje no sexista.
4. Las unidades de psiquiatría adecuarán progresivamente sus espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna a las necesidades particulares de los y las pacientes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos.
5. Con el objetivo de evitar las estancias hospitalarias innecesarias y asegurar la continuidad de cuidados y una ubicación alternativa y adecuada al domicilio y la hospitalización, se recomienda disponer de una serie de alternativas residenciales que fomenten la convivencia y la integración de las personas con trastorno mental grave que lo precisen.
6. A través de los fondos de cohesión, se promoverán líneas o proyectos de promoción y de prevención dirigida a la erradicación del estigma y favorecedora de la inserción social y laboral sin discriminación de género.

Fuente: Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, pp 40-41

²⁰⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

²⁰⁶ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013.. Disponible en <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

El informe realizado por la AEN “*Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007*”. Recoge con gran detalle la evidencia disponible sobre el tema, las iniciativas, los informes y declaraciones internacionales que abordan el problema de la estigmatización y la discriminación ligada a la enfermedad mental, para terminar con un exhaustivo registro de conclusiones y recomendaciones.²⁰⁷

Otro trabajo a considerar es el realizado por López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio (2008), “*La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*”. El trabajo forma parte del proyecto de investigación “*Salud Mental: imágenes y realidades*” realizado por los autores con el apoyo del Centro Colaborador de la OMS de Lille (Francia). En él aparece un resumen de la bibliografía más relevante y diferentes propuestas de intervención. De este estudio merece la pena destacar su análisis de los factores que condicionan el proceso de cambio de las actitudes sociales:

«...en el caso de las actitudes vinculadas al estigma social, podemos distinguir a ese respecto entre: a) «Estereotipos», conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo. b) «Prejuicios», predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas. c) «Discriminación», o propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros. Los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente, sin que esté clara la línea de influencia de unos y otros. Parecería que los estereotipos se aceptan en la medida en que coinciden con los prejuicios emocionales y es entonces cuando generan discriminación en la conducta, pero las relaciones de causalidad son en gran medida circulares, con refuerzos múltiples. Aunque, no obstante y para hacer más compleja la situación y mostrar, por otro lado, lo poco que sabemos todavía al respecto, la información disponible señala que no siempre resultan totalmente congruentes entre sí, ni siempre determinan de manera directa la conducta real», (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez, Aparicio, 2008, 47).

Como vemos este es un proceso complejo y difícil en el que intervienen factores cognitivos o creencias (estereotipo), factores psicológicos, como predisposiciones emocionales (prejuicio), y factores sociales y conductuales, vinculados a la distancia social deseable (discriminación). De todos ellos, los componentes cognitivos son los más fácilmente modificables con información, pero esto tiene escasa repercusión a nivel emocional y conductual. Desde la sociología se dice que toda intervención, para ser efectiva, debe contemplar tres dimensiones:

«La protesta, la educación y el contacto social. La primera parece tener por sí misma una efectividad inicial, pero suele perder peso a largo plazo, además de incluir riesgos de inducir fenómenos de «rebote», siendo las otras dos y especialmente la última las más prometedoras», (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008, 49).

²⁰⁷ Hernández Monsalve M. y Lalucat M. (Eds.) (2007). *Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y reducción del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Cuadernos Técnicos nº 8 Madrid, AEN.

En este sentido cabe recordar las reacciones vecinales de los primeros centros comunitarios dirigidos a enfermos mentales, las protestas fueron una constante, se organizaban plataformas con objeto de paralizar obras e inauguraciones, se interponían demandas judiciales, a veces utilizando excusas arquitectónicas, otras directamente aludiendo al supuesto riesgo para los vecinos.

Estos episodios fueron recurrentes en todo el país. Por ejemplo en la ciudad de Zaragoza, entre los años 89 y 90 la movilización ciudadana quedó reflejada en la prensa del momento, ante la construcción de un Centro de Día en la calle Asín y Palacios, el Centro de Salud Mental de Delicias o incluso en el 2000 el Centro de Tratamiento de Adicciones del Ayuntamiento en la calle Ruiz Picasso.

Llama la atención el contraste entre estas actitudes y las movilizaciones actuales en sentido contrario. Una vez transcurrido el tiempo y constatada la posibilidad de convivencia sin ningún riesgo, además de los beneficios que el nuevo modelo genera en la atención a la salud mental de los ciudadanos, son precisamente las asociaciones vecinales quienes con mayor énfasis defienden la creación o el mantenimiento de los servicios comunitarios.

Este cambio de actitud se ha podido constatar en diferentes investigaciones:

«En un estudio cualitativo realizado con cuatro grupos de opinión en las poblaciones de Leganés y Pinto en 1993 a los dos años del cierre del manicomio de Leganés y ocho de comienzo del plan de reforma para esta zona del sur metropolitano de la Comunidad de Madrid, se halló un cambio en el discurso social paralelo a los cambios asistenciales producidos, en especial en aspectos como la peligrosidad, el internamiento, y en general la expresión de una mayor normalización y aceptación del trastorno mental», (Desviat, 2010, 256).

Un ejemplo se ve en Zaragoza en 2014. Ante la disposición de la administración a concentrar diferentes varios centros de salud mental comunitarios dispersos por los barrios en una sola ubicación, fue la Federación de Barrios de Zaragoza quien lideró una serie de acciones en defensa de la salud mental comunitaria, tratando de evitar que los servicios se alejasen del barrio y se perdiese la referencia básica de la sectorización como un instrumento imprescindible para el buen conocimiento de la población a atender y sus circunstancias sociales.

Este fenómeno social confirma que entre las estrategias descritas para fomentar la aceptación del enfermo mental y disminuir el estigma (la protesta, la educación y el contacto social), es esta última la más efectiva a largo plazo.

Podemos afirmar sin ninguna duda, como dicen Desviat y Moreno (2012, 131) que la reforma española ha conseguido disminuir la estigmatización asociada a la enfermedad mental, y su tratamiento ha acercado la psiquiatría a la asistencia sanitaria general y modificado la idea que de la enfermedad tenía, tanto la población y sus representantes, como los propios profesionales. Así ha cambiado positivamente el imaginario social sobre la locura y sus instituciones.

Pero aunque esto sea una realidad, queda mucho por hacer. El estigma que afecta a las personas con enfermedades mentales graves, todavía es un factor con importantes repercusiones en su calidad de vida y las posibilidades de recuperación. Fenómeno fundamentalmente social aunque con importantes componentes individuales, de muy difícil erradicación pero con posibilidades de minimizar sus efectos.

López et al. (2008), proponen insistir desde todos los ámbitos (sanitarios, medios de comunicación, servicios sociales, asociaciones...) en crear oportunidades que visibilicen a las personas con enfermedad mental grave, *“ejerciendo roles normales (vecino o vecina, trabajador o trabajadora y ciudadano o ciudadana) que ayuden a recategorizar y resituar creencias y emociones, mediante la interacción en contextos diferentes de los habitualmente asociados al estereotipo. Pero eso significa también que para ello hay que facilitarles oportunidades reales de vivir en la comunidad, con los apoyos necesarios para residir en entornos vecinales normales, trabajar en empleos reconocidos y valorados, participar en condiciones de igualdad en tareas comunes y mantener relaciones sociales significativas”*. (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008, 70).

Los profesionales entrevistados unánimemente han observado una evolución positiva en este sentido. El enfermo mental es mejor considerado socialmente, y también mejor tratado, por los profesionales sanitarios y de servicios sociales, pero al mismo tiempo enfatizan que “queda mucho por hacer”, el estigma existe y es un coste añadido a la enfermedad. Esto se dice con referencias tanto a “otros tiempos”, como a situaciones que observan en su experiencia cotidiana actual.

Así lo expresaba una de las entrevistadas:

«Antes era terrible, pobres... Recuerdo una excursión al parque de atracciones con los enfermos del psiquiátrico allá por los años 90. La gente se iba lejos, cogía a los niños y se los llevaba, nos miraban raro, hubo quien llegó a decirnos que nos volviésemos al manicomio, que ellos habían ido a pasar un día tranquilo. Y la verdad los pacientes se portaron fenomenal, ninguno hizo nada. Fue un día bonito, creo que fue de las primeras salidas en muchos años. Ahora no veo eso..., los enfermos salen a diario por el barrio, (¡los que tienen permiso, eh!). Y nada, alguno se pone un poco “pesadico”, lo veo yo cuando estoy por la calle, pero nada, son respetuosos y la gente les dice..., o no; pero la convivencia, la convivencia es buena.» (AE 3)

Todavía se observa en algunos profesionales, especialmente en los más antiguos, la tendencia a hablar de los pacientes como si fuesen menores de edad. Se les infantiliza, se les trata afectuosamente, pero con condescendencia y algo de autoritarismo, reflejo posiblemente de una percepción del enfermo como de falta de voluntad.

El que los servicios se ubiquen en la comunidad, ya sea en los centros de Atención Primaria, en los hospitales generales, o que los dispositivos de rehabilitación se encuentren en los barrios, ha facilitado que la población los integre en su vida diaria, disminuyendo el rechazo, como expresa otro de los entrevistados:

« Las actividades que hacemos están presentes en la ciudad, mercadillos, representaciones teatrales...y también la mayor autonomía que tienen los pacientes, les ha hecho más “visibles” y creo que en general más respetados y considerados..., aunque sea por una parte de la sociedad» (PQ 1)

Los usuarios, poseedores ahora de mayor formación e información, incluso mencionan la palabra “estigma” cuando se les pregunta por cómo se sienten tratados por la sociedad. Los pacientes entrevistados tienen muy claro que el estigma pesa sobre su consideración como persona y tratan de ocultarlo en la medida de lo posible:

«En mi caso, no se me nota nada y mientras puedo intento que nadie sepa que necesito tratamiento psiquiátrico... Sé que hay otros... los que están peor... que sí..., claro que sí, todavía generan precaución. Yo he estado conviviendo una temporada con gente que estaba francamente mal y he conocido a muchos. Y, de verdad..., salvo en algún momento muy puntual, son inofensivos. No hay ninguna razón para tener ninguna precaución, al revés son muy buena gente, más bien desvalidos... Lo que no es mi caso...» (U 1)

Otro usuario lo expresaba con más humor:

«Sí, eso..., lo del estigma...; eso es muy malo para los enfermos...; aunque ese no es mi caso... Yo llevo mi vida normal, he pasado temporadas peor, sobre todo al principio..., pero fue por lo que me hicieron... fue una putada (...). Llevo mucho tiempo bien y solo eso... la perplejidad; esa expresión que dicen de perplejidad (¿?)... Me entiendes ¿no?... Eso sí, me pasa que no me gusta que alguien conocido me vea en la puerta del psiquiatra, me molesta, me da rabia... creo que luego van hablar mal de mí... Y eso que si me ven allí es porque ellos están en lo mismo... (Risas)... Lo sé, es una tontería... todos tenemos nuestros problemas.» (U 2)

También se observa, aunque resulta paradójico, que aun siendo conscientes del problema del estigma y siendo críticos, en cierta medida participan del prejuicio. Esto se muestra en el interés por ofrecer una imagen de normalidad, mientras son los otros los que están peor.

La labor de los profesionales en este ámbito es fundamental y la enfermería contribuye de forma positiva con intervenciones individuales, a través de estrategias de afrontamiento, autocuidados y la construcción de una identidad recuperada, (Badallo Carbajosa, 2012, 20-24). O mediante técnicas grupales dirigidas a favorecer la participación en actividades normalizadas, (Badallo Carbajosa et al. 2013, 746). Intervenciones que son posibles en tanto la profesión enfermera ha adquirido su autonomía y se ha constituido en un referente en la atención comunitaria de la salud mental. Proceso al que dedicamos el siguiente capítulo.

CAPITULO V
LA ENFERMERIA DE SALUD MENTAL.
Desde el manicomio a los servicios comunitarios
Una ilusión, una realidad, un futuro incierto

El título de este capítulo, concebido en el periodo preliminar de la elaboración de esta tesis, recoge algunas de las intuiciones hipotéticas iniciales que me decantaron por acometerla, sin duda sedimento de mi experiencia personal en primera línea en la atención a los enfermos mentales durante el proceso que mejoró profundamente su consideración social y calidad de vida. Proceso que, como se ha explicado en los capítulos precedentes, en modo alguno ha resultado nada fácil. Y que sigue sin ser fácil; ya que a pesar de lo logrado y avanzado durante el periodo de viento a favor socioeconómico, y gracias al gran esfuerzo por muchos entregado, en los últimos años se están potenciando algunas de las amenazas que más hacen peligrar su modelo nuclear, el interdisciplinar y comunitario, haciéndonos temer por su continuidad y hasta su posible regresión.

Conforme mi reflexión se documentó y profundizó en todo ello, se fue a la vez configurando como principal motivo de investigación la íntima relación existente, entre la implementación de una asistencia basada en el modelo comunitario y su ineludible correspondencia con la modificación del rol de los profesionales implicados en su consecución, en especial el del profesional de enfermería. Realmente, se puede asegurar que, en cuanto a la Enfermería en Salud Mental, existe un antes y un después de la Reforma. Y, en efecto, todo tiende a confirmar nuestra fundamental hipótesis, acerca de que el desarrollo profesional y culminación de la especialización de la enfermería de la salud mental, han guardado un estrecho vínculo con la implantación del modelo comunitario.

De hecho, el mantenimiento de los enfermos en su entorno sin descuidar la cobertura de sus necesidades asistenciales, hubiera sido imposible sin la paralela implementación de una serie de acciones y recursos, entre los que destacan los cuidados enfermeros y sus técnicas de aplicación. Ciertamente, frente a la enfermería que prestaba sus servicios en los manicomios y los hospitales psiquiátricos, el modelo comunitario ha requerido de una nueva enfermería. Enfermería que, primero tuvo que reinventarse, luego formarse, y que finalmente hubo de adaptarse a las nuevas prácticas asistenciales. Buscando y encontrando en su nuevo medio y circunstancias nuevas formas de hacer su trabajo, un nuevo papel, que poco a poco debió consolidarse, convirtiéndola en una especialidad en ciencias de la salud fundamental.

Pero, como antes apuntaba, están apareciendo nuevas piedras en el camino. Los cambios ideológicos, políticos y económicos con un peso neoliberal fuerte, tanto en los países de nuestro entorno como en España desde final del siglo XX, junto al más reciente panorama de recortes propiciado por la crisis de 2008, han ido inclinando la gestión de los servicios sanitarios hacia nuevos conceptos y fórmulas, que nos obligan a despertar nuestra alerta ante un incierto y quizás nuevamente problemático porvenir.

El propósito de este capítulo es analizar la trascendencia que los profesionales de enfermería han podido tener, tanto en el propio proceso de transformación, como en la configuración del rol específico enfermero en los dispositivos y el sistema asistencial en general. Y, a partir de ahí, tratar de anticipar los nuevos retos que la profesión debe afrontar en sus nuevas circunstancias.

Para ello vamos a revisar el proceso de cambio acontecido bajo una doble perspectiva. Por una parte, la evolución del cuidado a los enfermos que ha acompañado a las reformas y ha acabado por exigir el nuevo tipo de formación especializada. Es decir, hemos de fijarnos en los aspectos funcionales de la enfermería en sus distintos momentos y servicios durante el proceso reformista. Incluyendo, desde la evolución de sus competencias, a partir de su inicial misión meramente custodial y centrada en aspectos biológicos, hasta sus actuales funciones como miembro de un equipo multiprofesional, que le dotan de amplias responsabilidades terapéuticas e incorpora la faceta preventiva, de tanta trascendencia.

Por otra parte y como reflejo de lo anterior, deberemos contemplar cómo los planes formativos han ido evolucionando a lo largo del tiempo. De modo que, desde una formación generalista, con contenidos psicosociales y psiquiátricos mínimos (años 80), hemos llegado a la formación especializada actual, que tras cuatro años de acceso al grado, con contenidos en estas materias, requiere dos años más en régimen de residencia, bajo un costoso y exigente plan formativo.

Ambas perspectivas se complementan y nutren mutuamente, por lo que la mera fijación de nuestro foco de estudio en aspectos concretos de la problemática profesional no nos va a llevar a las respuestas que buscamos, por mucho que profundicemos en ellos. Centrarnos y extendernos en temas, como el grado y contenido de la formación necesaria en relación a las funciones que se asignen (perspectiva docente); o en la lucha de los profesionales por incrementar su formación en su particular rama del conocimiento (especialización), y buscando una exclusividad de oferta funcional que les haga imprescindibles (análisis desde el profesionalismo); sin duda serían planteamientos parciales interesantes, pero que nos alejarían del análisis global que pretendemos. De ahí que propongamos un estudio integrador, acorde con el fenómeno social en cuestión.

Según sea el modelo asistencial que se implante, desde una determinada ideología y filosofía organizativa, así será el modelo que situará la profesión en el escenario con unas u otras funciones. Una primera observación que el relato histórico nos muestra, es que la reforma psiquiátrica ha sido la clave para que la enfermería de salud mental y psiquiátrica “*saliera del ostracismo y evolucionara acorde con las exigencias de su tiempo*” (Pacheco Borrella, 2000, párrafo 7). Si bien, como igualmente señala este último autor:

«...las propias enfermeras de salud mental han tenido una relevante intervención en esos procesos de Reforma. Intervención que ha sido posible gracias a la existencia del conocimiento enfermero, a la capacidad de las profesionales para exigir la puesta en práctica de la mejor prestación de cuidados -eje de nuestra labor- y a su habilidad para modificar actitudes en el propio colectivo. Todo ello ha contribuido a que la transformación del rol profesional sea una realidad», (Pacheco Borrella G. 2000, párrafo 7).

Al objeto de organizar la exposición del desarrollo de la especialización enfermera en salud mental, optaremos por un criterio cronológico y descriptivo. Lo que más nos va a interesar no va ser la mera sucesión de eventos, sino la evolución de las funciones y competencias que en la práctica asistencial han ido asumiendo los profesionales, junto a su paralela necesidad de adquirir una formación específica en el conocimiento de la patología mental y el cuidado de los enfermos que la sufren. Esto se complementará con la transversalidad del contexto social y económico en el que el proceso de cambio se ha producido.

Así el contenido se dividirá en tres apartados. El primero traza un breve recorrido histórico de lo que incipientemente se pudiera considerar la enfermería psiquiátrica previa a la reforma (antecedentes). En un segundo apartado nos ubicaremos en el momento en que se inician las transformaciones y se produce el choque entre lo viejo y las nuevas expectativas (la transformación). Y, por último, se realizará una aproximación a la situación de la enfermería en los nuevos servicios asistenciales (panorama actual), refiriendo en cada caso el marco normativo y organizativo que particularmente determina sus funciones profesionales y que, paulatinamente, en su conjunto va configurando su carácter de especialidad en el área de las Ciencias de la Salud.

Como señala Muñoz Zaragoza (2012), la especialización enfermera es un proceso de muy reciente instauración, por lo que su análisis está todavía por hacer. El momento clave y a partir del cual podemos decir que la especialidad toma carácter efectivo, es la publicación del Real Decreto de Especialidades de Enfermería (2005). Decreto por el cual, en el ámbito de la profesión enfermera, se puede ampliar la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo en esta rama específica. Formación que garantiza mayor rendimiento y éxito en los resultados y promueve la creación de puestos específicos para esa formación específica, (López Pileño, 2002, 321).

Como ya se vio, la especialidad de Salud Mental fue la segunda en avanzar en su desarrollo en nuestro país. La primera fue la especialidad de matrona, con mucha mayor

tradición y avances históricos. Podemos pensar que si esto ha sido así, es porque existe esa necesidad, y es un campo en que la formación generalista queda escasa para la función social que se le encomienda. Decimos que la publicación del Real Decreto de especialidades, en 2005, constituye el momento clave porque en él se contemplan todos los aspectos que requiere una formación especializada con garantías y el modo de acceso o reconocimiento de situaciones anteriores.

Hoy el proceso formativo está muy avanzado, bastante en aspectos competenciales, como miembro de un equipo multiprofesional con claras contribuciones para incrementar la calidad de la asistencia, pero pobre y desigualmente desarrollado en los aspectos profesionales (puestos específicos). Y si hemos llegado hasta aquí, podemos pensar que culminará exitosamente, aunque como veremos no ha resultado fácil y habrá que seguir luchando.

5.1 Antecedentes históricos de la especialización de la enfermería en salud mental

En nuestra historia encontramos dos momentos en los que aparece la figura de la “enfermera psiquiátrica” como una posibilidad de formación específica en esta rama del conocimiento. Son dos momentos sociales muy diferentes y en los que la necesidad de esta formación surge ante demandas muy distintas. Intentos fallidos en su esencia pero que forman parte de la historia de la enfermería de salud mental. Su estudio nos muestra las condiciones sociales, políticas y profesionales en las que surgen y cómo en función del modelo asistencial esta formación puede, o no, llegar a tomar cuerpo e instituirse como una especialidad. Seguiremos para ello los criterios establecidos por George Rosen (1944) en su trabajo sobre especialismo en medicina, estudio sobre el que asienta cualquier otro estudio posterior acerca del especialismo en ciencias de la salud, (López Piñero, 2002).

La primera vez que en nuestro país se establece la enfermería con formación específica en salud mental como una categoría profesional fue durante la II República (1931-1933). Aunque sobre esto ya hemos hablado en el capítulo 3.3.1 “La respuesta asistencial a la enfermedad mental en la historia de España”, en este momento interesa recordar que el primer tercio del siglo XX constituyó un periodo de apertura hacia nuevas corrientes extranjeras y de cuestionamiento del retraso social español. Esto permitió introducir un importante impulso reformador. Los movimientos reformistas se aglutinaron en torno a un minoritario grupo de intelectuales, los Krausistas, entre los que es considerable la influencia de Concepción Arenal y la Institución Libre de enseñanza.

Estas corrientes intelectuales, que intentaron regenerar y reconstruir la sociedad y la cultura, contribuyeron a inspirar en las instancias políticas un cierto interés social por mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos, sirviéndose de la educación como palanca de progreso. Se tradujo en la dinamización del proceso de revolución industrial

y el movimiento obrero, y la trascendente integración de la mujer en el sistema laboral. Con el tiempo, todo este proceso fue mostrando y demandando nuevas necesidades formativas.

En este contexto nace el Instituto de Reformas Sociales (1903), cuya función es detectar las necesidades perentorias del país. Fruto de las reformas impulsadas por esta institución, se crea la Escuela de puericultura (1923), en respuesta a la enorme mortalidad infantil, y la Escuela Nacional de Sanidad (1924), como intento de resolver el denigrante estado en el que trataba a los enfermos mentales en las instituciones del momento. Continuando con aquellos avances y ya proclamada la II República, en 1931 se creó el Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección General de Sanidad, a través del cual se dictan normas para la formación del personal auxiliar en manicomios, tanto públicos como privados, (Gaceta 30 de mayo de 1932).²⁰⁸

Paralelamente a la nueva formación, y en consonancia con la preocupación social por estos enfermos, se introducen novedades en el modelo asistencial de los enfermos mentales. El preámbulo del Decreto sobre asistencia de enfermos mentales, firmado en Madrid en 1931 por el entonces Presidente del Gobierno Provisional de la República (Alcalá Zamora) y el ministro de la Gobernación (Maura), refleja el espíritu político que impulsan estas reformas:

«La asistencia del enfermo psíquico exige en nuestro país, con gran urgencia, una transformación integral de la legislación vigente. Los errores tan fundamentales en las disposiciones en vigor, con el concepto equivocado y muy extendido sobre el carácter y funcionamiento de los manicomios, prisiones más que propias clínicas médicas, requieren e imponen modificaciones inmediatas».²⁰⁹

Estas intenciones se plasmaron en la creación del Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica (1932), cuya función se concretó en la vigilancia postmanicomial de los enfermos mentales tratados en los establecimientos oficiales o particulares (que albergaran enfermos mentales de la beneficencia), misión que desempeñarán “*un importante dispositivo de Enfermeras Visitadoras Psiquiátricas*”, (Siles González y García Hernández, 1996, 50).

Casi al mismo tiempo, por Orden ministerial del 16 de mayo de 1932, se implantó la Regulación del Personal Sanitario de los Establecimientos Psiquiátricos, regulación que respondía a una reestructuración general de la sanidad española, pero que, respecto al enfermero y practicante psiquiátrico en concreto, exigía una formación específica: “*es preciso que desaparezcan de estos centros las personas sin preparación, el enfermo mental es el que requiere cuidados más especializados*”, (Siles González y García Hernández, 1996, 51).

²⁰⁸ Así lo recogen: Siles González J. García Hernández E. (1996). Origen histórico de la profesionalización de los cuidados mentales: los practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricas. *Enfermería científica*, nº 174-175, p. 51.

²⁰⁹ Recogido por: Herrera Rodríguez F. (2000). Un manual de Enfermería Psiquiátrica (1936). *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería*, nº 7, p.128

Así se crea del título de “Enfermero Psiquiátrico”, con un programa publicado oficialmente el 20 de mayo del mismo año. El texto básico para esa formación se sacó a concurso resultando elegida la obra de Luis Valenciano “*La asistencia al enfermo mental*” en 1933, primer manual para la formación de enfermería en el campo psiquiátrico. Como describen Siles González y García Hernández (1996):

«Esta institución constituyó un hito en la historia de la enfermería psiquiátrica, al permitir la formación específica de las profesiones: practicante psiquiátrico, enfermero psiquiátrico y enfermera visitadora de higiene mental. Convirtiendo estos estudios en requisito imprescindible para trabajar en la asistencia los alienados», (Siles González y García Hernández 1996, 50),

Las funciones encomendadas a los profesionales para los que se exigirá esta formación, difiere según su puesto de trabajo, dentro o fuera del manicomio, y en función de si se era practicante previamente o si se era mujer y por lo tanto enfermera. Siles González y García Hernández (1996, 51), describen las diferencias:

La Enfermera Visitadora Psiquiátrica tenía las funciones de educación a la población en higiene mental, realizar las visitas domiciliarias a los enfermos y sus familias, realizar seguimiento del enfermo si debía ser internado, hacer de nexo de información entre la institución y la familia, facilitar la adaptación social y familiar del enfermo mental y colaborar con otros profesionales dentro y fuera del patronato, tanto a nivel asistencial, como docente e investigador.

La Enfermera Psiquiátrica, tenía la función del cuidado directo del enfermo mental cumpliendo las indicaciones del médico. La proporción era de uno por cada diez enfermos de vigilancia continua y uno por cada 150 de vigilancia discontinua. Su formación era de dos años en un centro psiquiátrico oficial siguiendo un programa teórico y práctico elaborado por el Consejo Superior Psiquiátrico. Tras el certificado del director de haber cumplimentado el programa, debían pasar por un examen que una vez superado otorgaba e diploma de enfermero o enfermera psiquiátrico.

El Practicante en Medicina y Cirugía con el diploma de Enfermero Psiquiátrico tenía la función de “*asegurar la práctica médica y quirúrgica de urgencia diurna y nocturna y auxiliar a los médicos*”, su número se establece como mínimo de dos por establecimiento de más de 50 internos. Su formación exige un solo año de estancia en un centro psiquiátrico donde realizar las prácticas y la formación teórica, debiendo superar el mismo examen que sus compañeras enfermeras.

Como vemos, la necesidad de formar específicamente en el cuidado de los enfermos mentales, en este periodo histórico, se corresponde con un momento en el que se reconsideran los derechos de las personas. Se toma conciencia de la necesidad de transformar el modelo asistencial, mejorando las condiciones de vida y de trato en el interior de las instituciones y también trabajando en el exterior para el mantenimiento de los pacientes externalizados en sus hogares.

Todos estos avances, que se reflejan no solo en el desarrollo profesional sino, y más importante, en la consideración social asistencial y en la dotación de recursos adecuados para su atención, tuvieron muy poco tiempo para ser efectivos. La Guerra Civil (1936-1939) desmonta de manera fulminante todo lo avanzado en el modelo asistencial psiquiátrico, volviendo plenamente al modelo custodial, represivo de almacenamiento y nada terapéutico del manicomio. E igualmente se perdieron los avances pedagógicos, técnicos e ideológicos desarrollados por el colectivo de enfermería en el marco del reformismo.

La atención de los enfermos mentales durante el franquismo sigue el modelo manicomial, siendo este un lugar de encierro de los pacientes. Y también, como Foucault, Goffman y toda la corriente antipsiquiátrica ha mostrado, un lugar antiterapéutico y de control social. Dominada por la psiquiatría biológica, con una filosofía moralizadora y paternalista, los cuidados en manos de comunidades religiosas, y al margen de toda protección social bajo el modelo de beneficencia.

En estas condiciones la enfermería psiquiátrica no existe ni como función ni como necesidad social, los locos están ocultos junto con el personal asistencial, tan institucionalizado o más que los propios internados, (Pacheco Borrella, 2004, párrafo 17).

A lo largo del periodo franquista, fueron surgiendo necesidades de adecentamiento de las instituciones. Se decretaron leyes y se crearon organismos como el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (Ley 14/4 de 1955 de creación del PANAP) con el propósito de influir en la atención de los enfermos mentales.²¹⁰ Las repercusiones en la asistencia fueron mínimas, pero en el terreno de la formación enfermera psiquiátrica cabe nombrar la publicación por el Patronato en 1967 del manual: “*Guía para auxiliares psiquiátricos*”, aclarando ya en sus primeras páginas que el término auxiliar corresponde al de enfermero o enfermera en posesión del título de ATS del momento. Este será el manual básico que seguirán los enfermeros que quisieron acceder al Diploma de Enfermeros psiquiátricos hasta su regulación como especialidad en 1970.

Fuera de las instituciones psiquiátricas, la enfermería había empezado a dar verdaderos pasos para su configuración como profesión, con la unificación de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (1953).²¹¹ Esto es paralelo a la creación de los grandes hospitales o Residencias Sanitarias, lo que condujo ineludiblemente a una gran necesidad de profesionales de enfermería y una formación acorde con el modelo médico de avanzada tecnología.

Es en este contexto en el que aparecen las especialidades de enfermería siguiendo el modelo de las especialidades médicas. La primera que se reguló fue la de enfermería Obstétrica Ginecológica en 1957, le siguieron Pediatría y Puericultura en 1964, Neuro-

²¹⁰ Véase capítulo III, apartado 2.3.1. Respuesta asistencial a la enfermedad mental en la historia de España.

²¹¹ Véase capítulo III, apartado 2.2.2. Sociología de las profesiones y profesionalización de la enfermería

logía en 1970, Psiquiatría en este mismo año, Análisis clínicos y Radiología y Electrología en 1971, y Urología y Nefrología en 1975.

Hay que decir que esta formación fue casi testimonial hasta 1977, porque los profesionales que salían de las escuelas de ATS no tuvieron ninguna dificultad para acceder a los puestos de trabajo y las especialidades no aportaban ningún valor a tal efecto. Fue con la entrada de la enfermería en la universidad, mediante el Decreto 2128/1977, y con el incremento de escuelas, junto al de enfermeros en el mercado laboral, y en un momento en que las estructuras hospitalarias ya no absorbían tanta fuerza laboral, cuando empieza a haber paro en la profesión y cambia el panorama.

Como decimos, la llegada de estos profesionales al mercado de trabajo produce un desajuste entre la oferta y la demanda de enfermeros, que encontraron en la formación especializada un modo de poder aumentar su currículum y conseguir puntos para competir según los baremos de acceso a los puestos de trabajo. Como refleja Pacheco Borrella (2004, párrafo 5 y 6) *“por cada especialidad se otorgaban cuatro puntos, con lo cual había que hacer dos o tres y hasta cuatro especialidades para garantizarse acceder a un puesto de trabajo [...] era una forma casi obligada de “comprar un puesto de trabajo”*.

Este es el proceso por el que en la historia de la especialización enfermera aparece de nuevo la formación especializada en el ámbito de la enfermería de salud mental, correspondiéndose con la antigua especialidad de “Enfermería Psiquiátrica”. Formación que se introduce en los currículos formativos por el Decreto 3193/1970 y se mantiene vigente entre 1970 y 1987. Son pocas las escuelas que la imparten y *“según programas de orientación eminentemente médica, sin apenas implicación asistencial y no siempre impartidos con el debido rigor”*, (AEN, 2000, 32).

Durante el curso 78-79 se implantó la Diplomatura en todo el territorio nacional. A pesar de ello no se modificaron las especialidades existentes, lo que obligó a que una orden de 9 de octubre de 1980 autorizara a los Diplomados en Enfermería a cursar *“las especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios”* (Preámbulo R.D. 992/1987). Lo que configuró un sistema peculiar y atípico en la ordenación académica, en el marco legal propio de la universidad española.

Hay que subrayar que esta formación nunca fue asumida como requisito para trabajar en las instituciones psiquiátricas, de modo que su función se limitó a dar puntos para acceder al mundo laboral. Algunos de los profesionales especialistas procedentes de esta formación, en realidad muy pocos, serán quienes tomaran la representatividad del desarrollo de la moderna especialidad durante el periodo transitorio, del que luego daremos cuenta.

Mientras la enfermería avanzaba fuera de ellos, los psiquiátricos seguían en manos de las órdenes religiosas y sus miembros, con un rol indefinido, desempeñando funciones muy inferiores a sus competencias. Servían de guardianes de las llaves, asistentes de otras figuras profesionales, y como refleja Prados García et al. (2010, párrafo 8):

«La enfermería psiquiátrica queda anclada en el manicomio, centrada en la contención y custodia de los internados, velando por el cumplimiento de las normas de la institución y limitada a la aplicación de tratamientos biológicos».

5.2 La enfermería en el proceso de reforma

En las condiciones asistenciales de los manicomios de 1980, empiezan a surgir nuevos aires y nuevas personas. Fue un periodo en el que se incorporaron nuevos profesionales a la plantilla de los hospitales psiquiátricos, fruto del interés político en ir creando la coyuntura necesaria para las futuras y necesarias transformaciones. Una primera incorporación de nuevos profesionales se produce tras las oposiciones que el Organismo Autónomo de Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) resuelve entre los años 1984 y 1985. Fue una oferta pública de empleo para plazas de enfermería, psicología y psiquiatría, en centros psiquiátricos dependientes del Organismo y previo a su disolución, ante las reformas previstas en el sistema nacional de salud. Paralelamente las Diputaciones, desde la conciencia de las carencias de sus instituciones psiquiátricas, también tímidamente, amplían plantilla.

La llegada de aquellos nuevos profesionales primero y, enseguida, los planes de Reforma Psiquiátrica, movilizaron las instituciones desde dentro y desde fuera. Pero hay que entender que las transformaciones se desarrollaron a lo largo de un tiempo, resultando un proceso en el que se pasa de un modelo a otro sin solución de continuidad, un cambio progresivo en el que necesariamente durante un tiempo, coexisten ambos modelos (manicomial y comunitario), (Pacheco Borrella, 2001, párrafo 11).

La descripción de este momento en la bibliografía queda muy pobremente recogida, como evidencia la revisión bibliométrica realizada por Muñoz Zaragoza (2012) y el estudio de García-García y Gozalbes Cravioto (2012). Lo que igualmente confirma nuestro propio rastreo, a través del cual, con los criterios de búsqueda “Historia de la medicina” y “Psiquiatría”, encontramos 11 tesis doctorales realizadas en España cuya temática se halla vinculada a la reforma psiquiátrica, 7 de ellas en el ámbito Español, una sobre la Reforma en Italia y dos en Chile. En ninguna de ellas se trata la enfermería como parte de su contenido. Con los descriptores “Enfermería” y “Salud Mental” encontramos cuatro tesis, con los descriptores “Enfermería” e “Historia de la Enfermería” aparecen dos tesis, y 13 con “Enfermería” y “Profesión”.

El rastreo de artículos y revistas con los criterios de búsqueda: “Enfermería Psiquiátrica”, “Salud Mental”, “español”, nos ofrece 6 estudios originales realizados en España,

tres de ellos historias de vida,²¹² y tres estudios cualitativos de opinión de los profesionales.²¹³ El resto, en una cifra de 55,²¹⁴ son: editoriales, actas de congresos, informes institucionales de colegios profesionales, artículos sobre historia de la enfermería psiquiátrica muy generales, y la mayoría breves artículos de opinión.

Para ir más allá ha sido necesario recurrir al trabajo de campo. Dirigido a la recogida de testimonios de profesionales que, perteneciendo en su mayor parte al colectivo más numeroso y silenciosamente implicado en el proceso (la enfermería) y habiendo vivido personalmente la práctica totalidad del proceso reformista, pudieran completar desde su perspectiva la información que documentalmente es posible consultar. Perspectiva que he podido contrastar con mi propia participación en la reforma psiquiátrica desde mediados los ochenta. En todas estas personas hay un fuerte compromiso con la profesión. Tienen una lucidez crítica que transmiten en los testimonios recogidos, en general compartidos por sus protagonistas. En su mayoría enriquecen las aportaciones de la información publicada.

Como muestra de ello, transcribo a continuación una de las entrevistas que con mayor perfección y certeros trazos describen el periodo de cambio y nos aproxima a la realidad vivida por los protagonistas de la prestación asistencial. Se trata de una entrevista singular, en ella aparecen reflejadas todas las contradicciones que surgieron, la conformación de un modelo de trabajo según los condicionantes del momento, no en base a una planificación previa. Y también expresa aspectos emocionales que no son fáciles de encontrar. Por esto es un relato largo, sin interrupciones ni aclaraciones, tal como se recoge en la grabación y luego es transcrito literalmente.

«Me incorporé al trabajo en el hospital psiquiátrico en 1986, con la carrera recién terminada y ganadas unas oposiciones, me vine llena de ilusión y ganas de trabajar.

Allí me encontré con un “manicomio”, un lugar de entrada desconcertante. Tenía de todo, como una ciudad en pequeño, como una ciudad dentro de otra, varios edificios rodeados de jardines donde había huerta, cocinas, lavandería, ropero, talleres, iglesia, tanatorio... Todo se manejaba allí dentro. Había muchos pacientes. Gente que llevaba toda su vida, muchos crónicos y otros

²¹² Lozano Alonso R. (2009). Los cuidados enfermeros en el manicomio. El relato biográfico de una enfermera en Psiquiatría. *Temperamentum*. 2009; 10.

García Laborda, Ana. Yo también estaba allí. Vivencias de una enfermera en la reforma psiquiátrica. *Siso/Saude*. 2007; 44-45: 199-207

Pacheco Borrella G. (2004). . Del manicomio a la comunidad: relato de una experiencia profesional. *Evidentia* 2004 may-ago, 1(2).

²¹³ Caballero de la Calle ME. Jiménez Serrano C. Mansilla López M. Rodríguez Moreno MA. (1993). Opinión de los profesionales de enfermería en relación a las especialidades. *Enferm Univ Albacete*. 1993 may; 3:109-113. Disponible en:

<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/>

Díaz-González CM. García-Álvarez D. Bordón-Medina CD. Lobato-Santana AL. Suárez-García MP. (2010). La enfermera canaria ante los nuevos cambios académicos y profesionales. *Enferm Clin*. 2010; 20(4):243-9

Sarabia Cobo CM. (2009). Opinión de los profesionales sobre el título de Grado, las especialidades y la prescripción enfermera. *Metas Enferm*. 2009 may; 12(4):60-63

²¹⁴ una vez descartados todos los artículos cuya temática gira exclusivamente sobre la especialización de la enfermería a un nivel general y que no sean artículos originales.

pacientes más jóvenes (los que ahora vemos en media estancia). Allí vivían los pacientes y allí transcurría la vida entera. Lo curioso es que muchos de los profesionales también consideraban que vivían allí. Parecía que aquella era su casa. Todavía hay cosas que viví allí que no he podido integrar. Era como un mundo aparte.

Tenía unos 7 pabellones muy antiguos, con salas enormes donde dormían los pacientes, unos 50 por habitación, diría yo. Todo se hacía en común. No tenían propiedades particulares. No tenían armario. Ninguna cosa era suya, quizás lo único propio era su sitio en el comedor y una cama, era lo más personal que tenían. Tampoco tenían ningún contenido. No hacían nada más que dejar pasar la vida. En los pabellones donde había pacientes más jóvenes o con menos deterioro, había algo más de actividad, algo de laborterapia. Colaboraban en la cocina, o en el ropero, también podían ir al huerto. Pero en el pabellón que yo estaba, los pacientes eran mayores, o así me lo parecía por su gran deterioro. Vagaban de un sitio a otro sin ninguna finalidad. Como mucho, alguno jugaba a las cartas o salía al sol en los jardines.

Los compañeros con los que coincidí trabajando eran practicantes, gente mayor. Tenían varios trabajos, iban dos horas aquí, dos horas allá. Yo no entendía. No tenían la misma categoría que yo. Las enfermeras que estábamos a horario completo, no llevábamos ningún control sobre los pacientes. Eran mayores y tenían muchos problemas de salud que, con los conocimientos de la carrera resultaban fáciles de detectar. Yo veía que había pacientes diabéticos, pero nadie vigilaba su dieta, se les ponía insulina pero luego se les daba helado de postre. Estábamos allí, se supone, por si pasaba algo. Los de mi pabellón eran pacientes mayores, con síntomas residuales, pero no tenían alucinaciones ni delirios. No incordiaban a otros pacientes, en otros pabellones me consta que había más movimiento. No teníamos un contenido específico para el trabajo de enfermería. Si se caían se les curaba, incluso les poníamos puntos, que a la semana se les quitaban, les pinchábamos la insulina..., no recuerdo tener una función clara.

Había un enfermero asignado a cada pabellón por la mañana, en cada pabellón había más de 100 pacientes. Por la tarde estaban dos enfermeros para todo el centro y por la noche uno. Había muy poco personal realmente, porque el grupo más numeroso estaba por la mañana, pero era porque los practicantes venían un rato y se iban. Hubo una temporada en que se organizaron los turnos en guardias de 24 horas, fue la época peor, no había psiquiatra ni nada y caía toda la responsabilidad sobre ti, y sin ninguna capacidad de maniobra. Se pasaba mal.

Los médicos... había de todo. Era muy variable. Algunos pasaban por allí, se daban una vuelta por el pabellón preguntaban si había algo y ya no se les volvía a ver. Si los pacientes se ponían malos se les llevaba al hospital. Si eran de beneficencia había que llamar a una ambulancia, si tenían Seguridad Social a otra... a nivel administrativo era caótico, muchos eran de beneficencia.

Las historias eran un sobre marrón de tamaño cuartilla, con unas pocas hojas escritas con letra y fechas de 1929 o 1930..., en donde figuraban los datos relativos al ingreso. Si los llevaba la familia, los síntomas que tuviera y el tratamiento que se ponía, poco más. Desde luego no había un seguimiento del paciente que se reflejase en la historia ni hojas de enfermería como ahora.

Llegabas por la mañana y hacías un recuento de los pacientes. Eran unos partes que debíamos rellenar cada mañana. Eso parecía muy importante (con ironía). Los llevabas a la administración donde te encontrabas con algún médico o algún compañero de otro pabellón. Charrabas un poco y volvías a tu pabellón. Allí teníamos una sala de curas que era donde nos traían a los pacientes a la curas o inyecciones. Más que una sala de curas era un botiquín. No teníamos casi ni material, con algodón y mercromina nos teníamos que arreglar. Yo me aburría muchísimo y me iba con los auxiliares, les ayudaba a poner la mesa y al menos llevabas una conversación.

Así me enteré que hacía unos pocos años (entre el 80 y el 82) hubo un movimiento como rehabilitador, un grupo de psiquiatras quisieron dinamizar a los pacientes. Hacían obras de teatro. Se organizaban fiestas. Se hacían salidas y excursiones. Los auxiliares lo describían diciendo “esto

va por oleadas, alguien viene y levanta la ola y pronto se va y vuelve la calma”. Cuando yo llegué de aquello no quedaba nada, solo alguna excursión, dos en dos años. [...]

Con los auxiliares en general había buena relación, yo me sentía querida, pero también había gente muy “revenida”. Llevaban allí mil años y se sentían muy poco reconocidos, a veces te ponían en situaciones difíciles, te utilizaban para sus reivindicaciones con la dirección. No sé, yo tuve un episodio desagradable por eso. Y autoridad con ellos ninguna, cuando proponías algo diferente a lo que se hacía de siempre, te miraban con escepticismo y desde luego seguían a lo suyo. Quienes verdaderamente tenían la autoridad eran las monjas. Vivían allí en su comunidad, eran las jefas de cocina, del ropero, de la farmacia... Recuerdo que, tras una muerte por atragantamiento, propuse que a los pacientes sin dientes les pasasen la comida por la batidora, o que nos proporcionasen gasas y guantes estériles. Nada... no conseguí nada. Cuando todas las iniciativas se van cortando la verdad, no dejan muchas ganas de luchar. Debe de ser que empiezas a cronificar como los pacientes.

Empecé a escuchar cosas sobre el modelo comunitario y el cierre de los manicomios en un curso en el año 87, pero dentro del hospital no se hablaba de eso. La verdad es que toda idea renovadora era vista con escepticismo, incluso con burla. Los profesionales que llevaban allí años lo tenían muy claro: “no hay nada que hacer por estos pacientes”. Supe por una amiga que estaba previsto abrir dos centros de salud mental, y que se harían con personal del psiquiátrico. Estuve pendiente pero fue durante mi viaje de novios cuando colgaron la oferta en el tablón de anuncios. A mi vuelta alarmada fui a hablar con el Director Regional, pensando que ya estarían ocupadas las plazas y había perdido mi oportunidad. Tras explicarle todos mis apuros me dijo que nadie lo había pedido, que si estaba dispuesta la plaza era para mí.

Así es como en julio del 88 “Salí del manicomio” y empecé mi nueva aventura profesional.

El nuevo trabajo, inicialmente consistió en diseñar tarjetas de citas, las fichas, un modelo de historia, en fin, toda la infraestructura la tuvimos que inventar y mandarla a imprenta. Las dificultades no eran pocas. Como no teníamos sitio la única manera de poder abrir fue hacerlo en horario de tarde. En un Centro de Primaria que entonces estaba casi en mitad del campo. Con ese horario era imposible coordinarte con nadie, estábamos completamente aislados del sistema.

Los pacientes llegaron el mismo día de la apertura, clausuraban las antiguas consultas de neuropsiquiatría y sus pacientes, unos seiscientos ya nos los pasaron de entrada. El equipo estaba formado por dos psiquiatras, una psicóloga, una enfermera, una trabajadora social y un auxiliar. Todos los compañeros, tenían claro lo que les correspondía, la función de la enfermera, la verdad había que inventarla. Siguiendo el modelo que empezaba a implantarse en los primeros centros de salud mental del INSALUD, decidimos que mi función podría ser hacer la acogida del paciente, una primera valoración y recogida de datos para luego comentar el caso en equipo y decidir la intervención. Y así es como empecé a ver pacientes en mi consulta, poco a poco además de la acogida me fueron mandando pacientes para administración de tratamientos y también para seguimientos de aquellos que mostraban poca adherencia al tratamiento.

Las funciones de enfermería realmente las fueron creando los propios pacientes. Llegaban a través del psiquiatra que me los derivaba con una explicación breve de sus síntomas y sin concretar qué esperaba de mí. La verdad es que tenía bastante autonomía, siempre la he tenido, incluso entonces que era muy novata. Yo hacía lo que creía conveniente, guiada por el sentido común, entonces todavía estaban muy lejos los planes de cuidados y la metodología enfermera.

Era novata y ciencia tenía poca, pero... creo que me gané mi sitio trabajando. La confianza te la vas ganando con tu propio trabajo. Los pacientes confían en ti. Los psiquiatras ven que los pacientes están mejor controlados, que las familias están contentas. Ven que es positivo, que se les descarga y que pueden hacer mejor su trabajo y se van animando. Y así es como la consulta de enfermería se hizo imprescindible. El problema vino cuando me tenía que coger la baja maternal.

Desde la dirección no querían poner sustituto, propusieron que mi trabajo se repartiese entre todos o que fuese asumido por otro. El debate fue clarificador, éramos un equipo y estábamos aglutinados, pero no tanto como para que cualquiera pudiese hacer el trabajo de otro con distinta titulación. Finalmente pusieron una sustituta. Aquello fue un desastre, pero esa es otra historia.

La situación de los Centros de Salud Mental del INSALUD, que se crearon más o menos al mismo tiempo, era bastante mejor que la nuestra. Para empezar el equipo era 1-1-1 (psicólogo, psiquiatra y enfermería), su salario era bastante mejor, estaban más cohesionadas, todo más organizado, sabían de quien dependían, a quien tenían que llamar de la gestión, en fin estaban dentro del entramado INSALUD, y tenían estructura, incluso sesiones clínicas de todas las unidades, donde alguna vez pude ir, era muy interesante, (ESM 3).

Este relato nos habla de una experiencia en la que la reforma prioriza la creación de nuevos dispositivos y el trabajo de desinstitucionalización queda relegado a un segundo término. Lo cual se explica por la dificultad para la inserción de personas mayores con muchos años de institucionalización, clínica residual y acusado deterioro. De hecho, la misma informante confirma que fueron pocos los pacientes que pudieron reinsertarse, por falta de soporte familiar y de servicios que pudieran atender sus necesidades en la comunidad. La respuesta a estos pacientes fue mantenerse bajo las mismas dependencias, reestructuradas en diferentes niveles de atención y denominación: Psicogeriátrico, Larga Estancia, Centro de Rehabilitación Psicosocial o Media Estancia.

Pero, como vimos al analizar la evolución de los diferentes dispositivos asistenciales,²¹⁵ las experiencias de desinstitucionalización han sido muy variadas. Éstas no han dependido tanto de las condiciones de los pacientes como de las políticas seguidas en las diferentes comunidades.

Entre nuestros informantes contamos con un psiquiatra que fue testigo y artífice directo de procesos de reconversión muy diferentes, entre otros la desinstitucionalización del Hospital Psiquiátrico de Albacete. Desde su visión otorga un protagonismo especial a la profesión enfermera. Durante la entrevista reparamos en el elevado interés que su experiencia transmite, junto a la dificultad de articular un relato conciso desde una perspectiva que necesariamente contempla diferentes etapas y esferas de compleja interacción. Por lo que la persona entrevistada se ofreció a proporcionarnos una descripción escrita del proceso de reconversión en un determinado hospital y la particular participación funcional que allí desarrollaron los profesionales de la enfermería. La información aportada refleja aspectos interesantes por lo que vale la pena incluir un fragmento a pesar de su relativa longitud.

«La cuestión fue que tras largos años de permanente tensión entre corrientes, a todos los niveles, agotadora para unos y otros, se impuso a partir de 1982 una línea conciliadora entre quienes procedían de las tendencias tradicionales y los reformistas comunitarios (quedaban firmes partidarios de ellas, pero que por su mayor juventud contaban con menor experiencia previa en procesos de reforma que quienes les habían precedido y habían acabado por abandonar la institución, dejando, esos sí, buenas bases para el cambio). Línea que fraguó la propuesta y aceptación por parte de la Diputación de una Dirección Colegiada integrada por los Jefes de Servicio, sin importar su tendencia ideológica. A partir de

²¹⁵ Véase el capítulo IV, punto 4.1. Dispositivos asistenciales.

ello, se confeccionó un proyecto de desinstitucionalización fundamentado en el estudio individualizado de las características y situación de todos y cada uno de los pacientes, con su proyecto particular de alternativa de resocialización.

De tal proyecto hay que decir varias cosas que nos parecen importantes, En primer lugar que el diagnóstico individualizado de la situación de los internados, así como su propuesta de desinstitucionalización fue realizado cumplimentando una plantilla base, lo que se hizo con suma rapidez por los miembros del personal de enfermería que con mayor proximidad atendían a cada paciente (un auténtico diagnóstico de enfermería junto a un diagnóstico psicosocial, resultando el diagnóstico clínico, siempre de cronicidad, de menor o nula trascendencia hacia el proyecto de resocialización). En segundo lugar resultó sorprendente —aún para los más optimistas— la celeridad con la que la desinstitucionalización de los enfermos se iba produciendo conforme a sus correspondientes propuestas, de las que por tanto puede decirse que fueron realistas y viables. Y, en tercer lugar la importancia del compromiso de la Diputación de habilitar un fondo, con un porcentaje de la parte del presupuesto que se fuera ahorrando con las desinstitucionalizaciones (que en la práctica se concretó en un 20%), para reorientarla a objetivos ligados a la reinserción de los pacientes (desde el arreglo de su vivienda de origen, hasta el alquiler de una nueva o el abono de asistencia domiciliaria, o bien la asignación de una ayuda económica personal o familiar mensualmente, etc.), bajo propuesta de cada caso por parte de los servicios sociales, etc.

Conviene precisar que el personal enfermero estaba constituido desde la apertura del centro por auxiliares psiquiátricos con la especialidad previamente realizada mediante cursillo oficial, dirigidos por los enfermeros de entonces, generalmente con la especialidad de Psiquiatría lograda en una de las pocas escuelas de enfermería psiquiátrica que en aquellos años existían en España, vinculadas a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón (Ciempozuelos y Martorell). Para ser justos, hay que señalar que la presencia de religiosas enfermeras en la plantilla estaba sujeta a un contrato con la Diputación que caracterizaba su prestación laboral como exclusivamente profesional, al margen de su confesionalidad y por supuesto de toda línea de disciplina religiosa respecto a lo estrictamente asistencial (exclusiva dependencia de la Dirección del centro). Por lo que la laicidad de las actividades funcionales del hospital y el respeto a las creencias personales de los pacientes estaban garantizadas. De hecho, dichas profesionales resultaron agentes imprescindibles en aquella desinstitucionalización, en todos sus niveles, existiendo unanimidad respecto a ello entre quienes participaron en la experiencia. Lo que no deja de ser un curioso hecho a incorporar en la contemplación de la transición española (no solo observable en Albacete, sino también en otras instituciones hospitalarias públicas), que demuestra hasta qué punto la introducción de un proceso de profesionalización especializada puede ser importante para neutralizar inercias institucionales del pasado)», (PQ 3).

A pesar de las distintas percepciones y experiencias en distintos lugares y contextos, nadie niega la importancia del trabajo enfermero en la consumación de los procesos de reforma y desinstitucionalización. En todos ellos ha resultado un pilar fundamental. La información recogida a lo largo de esta tesis, junto a los comentarios de los protagonistas de las experiencias de reforma, me ha permitido constatar que algunas experiencias iniciales de reforma probablemente debieron priorizar el debate ideológico y afrontar el enfrentamiento entre corrientes psiquiátricas e incluso políticas, resultando tanto más conflictivas como más visibles, y por ende más conocidas. Mientras que otras, en buena parte aprovechando lo aprendido en experiencias previas, pero sin duda también favorecidas por un contexto sociopolítico más avanzado, como la de El Rebullón (Psiquiátrico de la Diputación de Pontevedra en Vigo), así como en la desarrollada en el Psiquiátrico de Albacete y el de Huelva, y en general en los procesos andaluces (en cada lugar con

su estilo y trasfondo particular), prefirieron y pudieron centrar su estrategia en la formación enfermera y su trabajo. Disminuyeron con ello su visibilidad, pero no así su eficacia.

5.3 La formación en el periodo de transformación

En el periodo inmediatamente previo al inicio de la reforma y durante los primeros años tras la Ley General de Sanidad con la incorporación de la Salud Mental al Sistema Sanitario General, se produce un trasvase de enfermeras desde los Hospitales psiquiátricos a los nuevos dispositivos y también la incorporación de nuevas enfermeras. Enfermeras generalmente jóvenes que enseguida observaron que la formación reglada para la titulación exigida para su puesto de trabajo, adolecía de importantes carencias en todos los aspectos vinculados más directamente con la enfermedad mental y sus cuidados.

La titulación de entonces, el Diplomado Universitario de Enfermería, tenía en su currículo formativo una asignatura que rozaba algunos aspectos de la enfermedad mental, denominada “Ciencias de la Conducta”, pero que en nada facultaba para conocer ni saber trabajar con los enfermos mentales. Recordemos que la formación de Diplomado tardó muchos años en ser impartida por las propias enfermeras, era una carrera técnica impartida por médicos y con una importante carga curricular en prácticas hospitalarias.

La necesidad de encontrar respuesta a esas necesidades formativas se detecta en distintas entrevistas. Por ejemplo:

“Mientras estabas con los compañeros enfermeros no eras consciente, te dejabas llevar por la dinámica pero empezamos a hacer reuniones de equipo, se hablaba de los pacientes, de trastornos, a planificar intervenciones terapéuticas, y es entonces cuando notabas claramente que necesitabas formación en ese terreno, el grupo de los más jóvenes nos dispusimos a buscar, pensando que sería fácil. [...] Hasta 1987 existía la posibilidad de hacer las antiguas especialidades. Lo complicado era encontrar dónde y cómo. Pudimos descubrir que alguna escuela en Madrid, Álava, Pamplona y Murcia realizaban esta formación, pero la información que nos trasladaron era que desaparecía ante el proyecto de inminente publicación del Decreto de Especialidades, y tendrían que atenerse a la formación allí diseñada. La única escuela que tenía previsto continuar la formación era la de Murcia, pero en la coyuntura explicada no parecía algo muy de fiar (como finalmente se demostró)”, (ESM 8).

Ciertamente, y tal como estaba previsto, el acceso a la especialidad siguiendo el modelo de las antiguas especialidades para ATS (vigente desde 1970), quedó derogado con la publicación RD. 992/1987 que viene a regular la obtención del título de enfermero especialista para Diplomados en Enfermería. Lo que supuso que el anterior modelo de especialización queda anulado, con la pretensión de poner en marcha el nuevo sistema. Pero como veremos, en espera del desarrollo de este decreto transcurre todo el periodo de implantación del modelo comunitario.

Durante el periodo entre 1986 y 1998, no hubo posibilidad de hacer la especialidad. Los profesionales tuvieron que buscar sus propios recursos. Proliferaron programas de formación especializada que bajo la denominación de “formación de expertos” o “mas-

ter”, intentaron cubrir esta demanda. Ofrecidos por Organizaciones Colegiales y Escuelas Universitarias que como se señala el cuaderno técnico nº 5 de AEN (2000): “*crearon ilusorias expectativas de homologación oficial de los diplomas que ofrecían*”.²¹⁶ Pero la formación mayoritaria en este periodo fue promovida por las instituciones a instancias de los profesionales, organizando cursos generalmente dirigidos a varias titulaciones.

No hubo interés político ni administrativo por desarrollar las especialidades enfermeras, sin embargo las lógicas sociales y sanitarias impusieron una demanda ante esas necesidades tan evidentes. Por ejemplo, el ejercicio de la matronería exige unos conocimientos muy específicos y nunca ha podido ser suplido por profesionales sin esta formación concreta, formación que se dejó de ofrecer a la espera del desarrollo del RD de especialidades de 1987, de modo que el Sistema Nacional de Salud se encontró en cinco años con una gran carencia de profesionales. Fue la necesidad imperiosa de matronas en los servicios sanitarios lo que obligó a recoger lo previsto en el Real Decreto 992/1987, para poder desarrollar la especialidad obstétrico-ginecológica (Matronas). Así en 1992 se aprueba el programa formativo y en 1994 comienza su formación la primera promoción.

La especialidad de Salud Mental es la segunda en avanzar en su desarrollo. Pero, en este caso, no es la carencia de profesionales que pudieran ejercer estas funciones la que lo motivó (cualquier enfermera podía ser contratada para este trabajo). La necesidad de esta formación surge con el cambio de modelo en la atención a los enfermos mentales. En la medida que se van implantando los nuevos servicios en salud mental, queda patente que la formación generalista es escasa para la función social que se le encomendaba. Las nuevas funciones exigen mayor responsabilidad y conocimientos.

En noviembre de 1995 el Ministerio de Sanidad y Consumo convocó un Grupo de Trabajo con expertos en Enfermería en Salud Mental para elaborar el programa formativo de la especialidad. Para este trabajo contaron con especialistas de la antigua especialidad con reconocido prestigio en su profesión. Producto de este trabajo, el 9 de junio de 1998 la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura estableció el perfil profesional del especialista en Salud Mental, y aprueba con carácter provisional el programa formativo de la especialidad. Y, finalmente, el 30 de junio de 1998, se publicó una Orden Ministerial que desarrolló el Decreto 992/1987 del Ministerio de la Presidencia sobre la obtención del título de Enfermera especialista en Salud Mental.

El 4 de Agosto de 1998 se publicó, en el BOE núm.185, la primera convocatoria de la prueba selectiva para la formación de enfermeras especialistas en salud mental para el año 1999, junto a la relación de las primeras unidades docentes acreditadas y la oferta de plazas. Se propuso una formación con un sistema de residencia, siguiendo el modelo

²¹⁶ Palomo, C., (Coor.) (2000). Formación especializada en Salud Mental. Cuadernos Técnicos nº 5. Madrid, AEN, p. 34.

MIR (médicos) y PIR (psicólogos), a tiempo completo, con metodología docente de autoaprendizaje tutorizado, aprendizaje experiencial y evaluación continua

En esta primera convocatoria aparecen 21 plazas para las enfermeras de salud mental, repartidas entre las cuatro Unidades Docentes acreditadas en este momento, Andalucía, Asturias, Madrid y País Vasco.²¹⁷

Una vez superada la prueba de acceso se elige el sitio para realizar la especialidad en función de la puntuación obtenida en el examen y según el catálogo de unidades acreditadas para la formación de especialistas.²¹⁸

Es así como en el año 2000 se incorporaron al mercado laboral la primera promoción de especialistas en salud mental formadas con el nuevo sistema. En este momento el cuerpo mayoritario de la profesión, en torno al 80%, eran enfermeros y enfermeras con una larga experiencia. Su trayectoria profesional había coincidido con la implantación y desarrollo del modelo comunitario y con su implicación en este proceso. Son estos enfermeros y enfermeras los que impulsaron el desarrollo y la configuración actual de la profesión y a que la formación especializada sea considerada una necesidad.

Sin embargo, una vez implantada la formación no se produjo la necesaria regulación de los aspectos vinculados a ella: reconocimiento del título anterior, la vía de acceso extraordinaria, la creación de puestos específicos de especialistas. Retraso que condujo a que se movilizase la profesión en varios frentes. Por un lado quienes requieren convalidar del título anterior. Por otro, quienes piden acceder al título en base a la experiencia y formación y nunca habían tenido la oportunidad de realizar la especialidad. Y, por último, los nuevos especialistas que requieren puestos de trabajo que necesiten esa formación. Esto supone crear la categoría profesional, sacar plazas de oferta pública de empleo para especialistas y bolsas específicas para contratación.

Esto supuso una división entre los profesionales, generando situaciones de tensión y defensa de intereses encontrados. En la medida que el número de especialistas iba creciendo y se van organizando, promovieron acciones en contra de que se accediese a la especialidad por otra vía que no sea la residencia, además y con mucha lógica reivindicaban la creación de una categoría profesional (puestos propios específicos convocados para plazas de salud mental y que sólo se pueda acceder desde la formación especialista). Los no especialistas consideraban que la creación de la categoría les situaba en inferioridad de condiciones,²¹⁹ en tanto no la obtuviesen ellos mismos. Así exigían que se habilitase un sistema de acceso extraordinario como se había hecho con otras profesiones que pasaron por situaciones semejantes (médicos y psicólogos clínicos).

²¹⁷ Tras 17 años desde la primera convocatoria, la dotación de plazas EIR para la convocatoria 2015 es de 183 plazas para enfermería de salud mental.

²¹⁸ El tiempo de residencia fue de un año hasta el 2011 que con la aprobación del programa formativo definitivo, se amplía la formación a dos años.

²¹⁹ Crea problemas de movilidad (pueden conservar su puesto pero sin posibilidad de acceder a traslados)

Todo ello constituyó un revulsivo para que los no especialistas luchasen por acceder a la especialidad, reuniéndose y promoviendo acciones y a veces tomando posturas incómodas al negarse a colaborar en la formación de los residentes, en la medida que se les habilitaba como docentes en una especialidad que oficialmente no tenían reconocida por su experiencia y capacidad. Efectivamente se sienten relegados e incluso discriminados en muchos aspectos importantes de su proyección profesional, entrando en un largo periodo de reivindicaciones.

Resultó un periodo conflictivo, ambas partes confrontaban sus intereses legítimos, y cualquier avance en una de las posturas afectaba a la otra negativamente. Y esto tiene su reflejo documental en los números escritos que se hicieron a diferentes instancias administrativas y de representación profesional para que se apoyase y se resolviese la situación. Estas tensiones las viví en primera persona. De ellas quedan numerosos documentos, cartas, solicitudes de firmas,²²⁰ elaborados a nivel nacional, tras contactos con representantes y asociaciones de otras CCAA que se estaba moviendo en el mismo sentido, como en Aragón, donde yo misma era vocal en el Colegio de Enfermería, y junto a las Asociaciones Profesionales trabajamos en hacer llegar a los representantes públicos nuestras necesidades. En verdad, en aquellos momentos, gran parte de la profesión se aglutinó en un movimiento que literalmente bombardeó a toda aquella instancia que pudiera tener alguna capacidad de influencia.

Demandas que fueron asumidas por el Consejo General, los Colegios Profesionales, Sindicatos y Asociaciones, pidiendo un nuevo Decreto que habilitase un acceso por una vía excepcional a estos profesionales, así como puestos específicos que rentabilizasen esta formación. Fueron cinco años en que la situación de la profesión generó inquietud y lucha, situación de la que sólo era responsable la dilación de la administración en hacer congruente el modelo que había impuesto, y que sólo se resolvió con la publicación del RD de especialidades del año 2005.

Con la publicación del Real Decreto de 2005 se oficializaron las especialidades, entre ellas la de salud mental, que llevaba ya pasos adelantados. Cinco promociones habían salido de la universidad con su título de Especialista de Salud Mental. Fue el momento a partir del cual se aglutinaron los intereses de la enfermería, es decir, de quienes trabajando en este ámbito sanitario veían necesaria regular su situación con garantías.

²²⁰ Véase Anexo III en el que se recogen a título representativo tres de estos numerosos escritos, uno dirigido al Justicia de Aragón, otro al Defensor del Pueblo y el último al Ministerio de Sanidad.

El Real Decreto de especialidades de enfermería en el ámbito de la salud mental reguló:

- La composición y funciones de la Comisión Nacional de la especialidad.
- La equivalencia entre la anterior especialidad de Psiquiatría y la nueva especialidad de Salud Mental.
- El acceso excepcional al título de enfermero especialista bajo unas condiciones de experiencia profesional (4 años de experiencia o 2 años junto 100 créditos en formación de la rama psiquiátrica) y la superación de una prueba.

Según esta última disposición, los requisitos de acceso por la vía excepcional debían reunirse en el caso de Enfermería en Salud Mental antes del 4 de agosto de 1998, en el supuesto implícito de que a partir de la citada fecha se pudo acceder a la citada especialidad por vía EIR. Esta situación deja fuera de las posibilidades de acceso a un amplio colectivo que podían llevar en aquel momento hasta 8 años en los servicios de salud mental. Lo que volvió a generar diferentes acciones con la propuesta de modificar el límite temporal impuesto.

La respuesta a estas demandas llegó con la publicación del Real Decreto 183/2008, “por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud”, que en su disposición adicional cuarta amplía el plazo para reunir los requisitos de acceso, situándolo en la fecha de publicación del Real Decreto de Especialidades, 5 de mayo de 2005. De nuevo quedaron profesionales con tiempo y compromiso de trabajo sin poder acceder, si bien en ese momento son pocos y en su gran mayoría jóvenes sin demasiada estabilidad en el empleo.

Este último Decreto es importante también en otros aspectos significativos al desarrollar la normativa relacionada con la formación especializada en ciencias de la salud (figura del tutor, comisiones docentes, procedimientos de evaluación...). Y un aspecto de sumo interés: establece en su artículo 7 que en las especialidades multiprofesionales: “*existirá una unidad docente por cada especialidad, en la que se formarán todos los titulados relacionados con esa rama formativa en ciencias de la salud*”. Las unidades docentes multiprofesionales según el anexo II de este RD son: *Salud Mental, Pediatría, Atención Familiar y Comunitaria, Salud Laboral, Geriatria y Obstetricia y Ginecología*. Y “*Cada especialidad tendrá sus propios tutores...*”, señalando también la “*Incorporación de criterios de troncalidad...*”, lo que en nuestro ámbito supone que la enfermera especialista en salud mental forma parte del equipo multidisciplinario junto a psiquiatras y psicólogos y se formarán en una misma unidad docente.

Este tema todavía no ha dejado de generar polémica dentro y fuera de la profesión, resultando ilustrativos los argumentos para la discrepancia que se plantearon desde posiciones corporativas: “*se pierde entidad como profesión autónoma, la coordinación recaerá en un profesional que no será enfermero...*”.

Para otros, las unidades docentes profesionales son una gran oportunidad para que las profesiones que se dedican a la atención del enfermo mental se formen desde un tronco común a partir del cual cada uno tiene su especificidad, pero sin perder de vista el objetivo compartido y la necesidad de trabajar en equipo.

Hay que decir que a pesar de que el plazo estipulado en este decreto se ha superado, la implantación de las unidades multiprofesionales que incluyan a la Enfermería de Salud Mental, no es efectivo más que en Asturias, Murcia, Madrid y algunas pocas más en proceso de acreditación.

Volviendo a la regulación del acceso por la vía excepcional, una vez tramitada la solicitud que garantizase que se reunían los requisitos exigidos, sólo quedaba esperar la convocatoria de la prueba, proceso que siguió el siguiente calendario:

-Resolución BOA 17 de julio 2009. Se publicaron las bases de la convocatoria de la prueba objetiva sobre Especialidades de Enfermería. En ella se estableció el tipo de examen, composición del tribunal y otras cuestiones de índole administrativo.

-El 8 de diciembre 2009 al fin se convocó la prueba, concretando fechas, listado de admitidos y lugar de realización.

Una vez finalizado el proceso, sabemos que hubo 4201 solicitudes, de las cuales 3157 fueron admitidas y 2857 obtuvieron la calificación de apto.

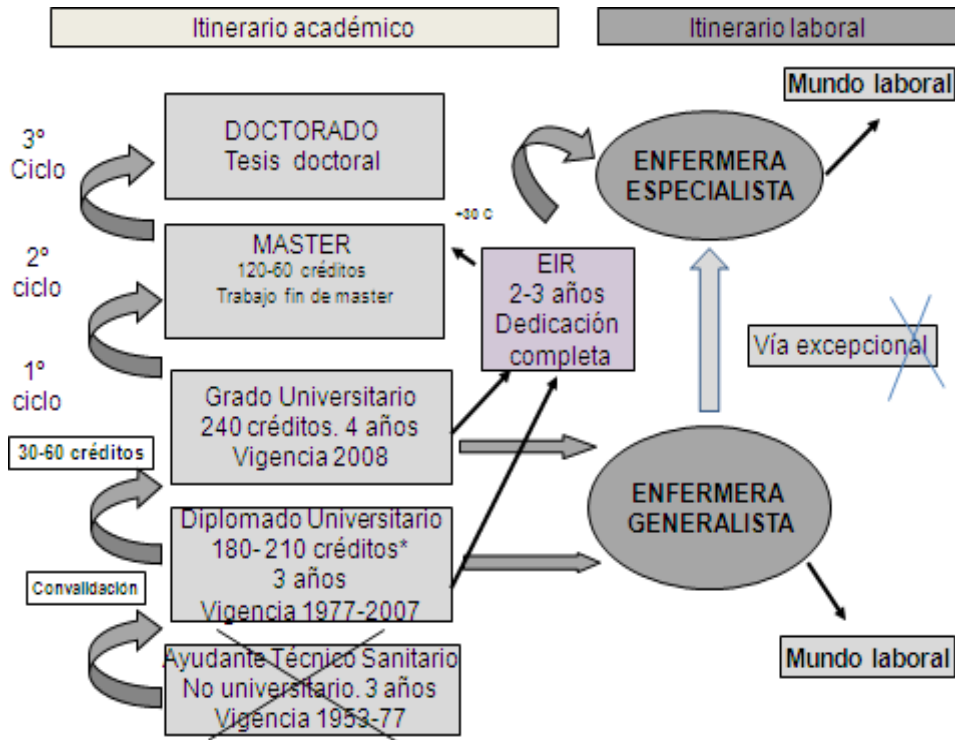
Y para completar el cuadro completo de la creación de la especialidad de enfermería de salud mental, queda reseñar la aprobación del nuevo plan formativo de la especialidad en Orden 1356/2011 de 11 de mayo, ampliado a 2 años el periodo de residencia y avanzando generosamente en la definición de las competencias de la especialidad.

Ahora mismo podemos decir que en nuestro país la especialidad de enfermería salud mental se encuentra prácticamente instaurada y consolidada a nivel académico y curricular. En la convocatoria para el curso 2015- 2016 se ofertan 183 plazas para la especialidad, distribuidas entre las diferentes unidades docentes. A fecha de hoy disponen de unidades docentes todas las CCAA a excepción de La Rioja, Cantabria y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

A nivel internacional se reconocen formaciones con estructura específica en la categoría “enfermero psiquiátrico” en Alemania, Luxemburgo y Austria, según la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo. En Reino Unido la enfermería psiquiátrica y de salud mental es una titulación universitaria específica, (Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental, ANESM, 2009, 51).

El itinerario formativo de enfermería queda como muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 9: Itinerario formativo de enfermería



Fuente: Elaboración propia publicado en: Revista Noticias de Enfermería, Nov-Dic. 2010. Artículo: Especialidades de Enfermería, p. 35.

Como vemos en España, ha sido en los últimos 20 años cuando la enfermería ha ido alcanzando entidad como profesión y su grado formativo ha adquirido el nivel acorde con la misión que los proyectos reformistas exigían, de modo que ambos procesos ocurren simultáneamente y muy vinculados entre sí. A partir del Informe Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la ley General de Sanidad de 1986 se afirma la competencia de los enfermeros y enfermeras para trabajar como agentes de salud en la comunidad y se marcan los principios para el establecimiento de una red de servicios de salud mental comunitaria. Y es en este proceso como la enfermería se transforma en un agente de cambio sociosanitario. Al mismo tiempo, se concientia de la responsabilidad que le compete en la dinamización de los cambios e innovaciones en la formación (consolidar y desarrollar la especialidad de enfermería de salud mental), en la actividad asociacionista, en actividades científicas, en la producción de artículos y libros y también en

regular las condiciones laborales y la situación profesional. Actividad que se observa en crecimiento exponencial, (Pacheco Borrella, 2001), (Prados García et al. 2010), (Malvárez, 2011).

5.4 La situación de la enfermera de salud mental en la actualidad

5.4.1 Asistencia

Hablar de la actualidad implica hacer un esfuerzo de abstracción importante. La realidad es compleja y diversa, teniendo en cuenta que la evolución de la Reforma Psiquiátrica ha seguido diferentes ritmos y la asistencia se ha dotado de estructuras diferentes según CCAA.²²¹ La formación de los especialistas se organiza en el seno de los sistemas de salud de cada CCAA y la labor asistencial está muy condicionada por factores ideológicos, sociales e incluso personales. En estas circunstancias resulta complicado, sino imposible, hacer un retrato fidedigno de la realidad asistencial del momento, porque las “realidades” son muy diferentes, tanto para la población como para las enfermeras. No obstante, intentaremos mostrar las tendencias generales en la implantación del modelo comunitario, las dificultades comunes que se presentan en los diferentes dispositivos y, especialmente, los condicionantes que facilitan o limitan la labor enfermera de salud mental en las nuevas estructuras.

Como ya se ha descrito detenidamente, el modelo comunitario de salud mental propone la reformulación de los servicios de atención a la salud mental, con una diversificación de estructuras asistenciales que atiendan a la complejidad humana, orientadas a la promoción, prevención, tratamiento, cuidados y de rehabilitación, con base territorial, de coordinación y continuidad de cuidados.

En este nuevo escenario la enfermería también ha diversificado sus actividades pasando de la mera realización de técnicas de enfermería dependientes de órdenes médicas, a la realización de actividades psicoterapéuticas de carácter individual y grupal, apoyo a las familias, educación para la salud... sin olvidar toda su labor colaborativa como miembro del equipo asistencial. La función de la profesión enfermera y su disciplina está hoy bastante clara y no es otra que la prestación de servicios preventivos, asistenciales (tanto específicas de salud mental como a nivel de salud general) y rehabilitadores, a aquellos ciudadanos que presentan alteraciones de salud y déficits en sus autocuidados.

²²¹ Las 17 CCAA tienen las competencias de sanidad transferidas, cada una de ellas ha llevado adelante su propio plan director de salud mental.

Bajo estos preceptos la enfermería se sitúa en los dispositivos asistenciales de salud mental como profesional miembro del equipo, con una función específica. En los centros ubicados en la comunidad, predominan los cuidados orientados a mantener a las personas con trastornos mentales vinculados a su entorno social y familiar, fomentando la autorresponsabilidad y la participación en su propio proceso, previniendo situaciones de crisis, atendiendo al déficit de autocuidados, potenciando habilidades para la vida diaria, evaluando el seguimiento y adherencia al tratamiento. Y en el ámbito de la hospitalización, en términos generales, los cuidados van orientados a la recuperación de las habilidades y funcionalidades personales, los valores, los sentimientos, así como la de objetivos propios que favorezcan la consecución de una experiencia vital satisfactoria, esperanzadora y contribuyente, a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad.

La expresión de estas nuevas funciones en la realidad cotidiana de los servicios ineludiblemente se encontró condicionada por numerosos factores que las facilitó o dificultó en cada contexto particular. Por lo que la obtención de información al respecto directamente remite a las personas implicadas en la asistencia, para que desde su experiencia en concreto nos ayuden a clarificar la realidad general que estamos estudiando.

Las vivencias de satisfacción y desempeño adecuado a las funciones encomendadas, y de acuerdo con las competencias que son propias de la enfermería,²²² son muy diversas. En el trabajo de campo a través de entrevistas semiestructuradas y observación participante, se ha constatado esa diversidad, reflejo tanto los diferentes ámbitos de trabajo como de las expectativas y experiencias personales.

Todas las enfermeras entrevistadas están de acuerdo en que se han dado grandes pasos hacia el modelo comunitario, considerando que ha mejorado la calidad de vida de los pacientes y es un modelo adecuado para la atención que precisan. Pero también es común que apostillen que en su implantación real se observan importantes carencias:

«Del proceso de reforma puedo decir que el modelo era muy bonito, nos lo creímos a pies juntillas, era digno, era justo y era necesario, pero su desarrollo ha tenido muchas carencias. Para mantener a estos pacientes en la comunidad se necesita mucho soporte. Por ejemplo, el modelo incluye la atención domiciliaria, lo que ha sido imposible de hacer, la consulta te absorbe todo el tiempo, tampoco hemos podido trabajar con Atención Primaria, ni hacer programas preventivos como estaba previsto», (ESM 3).

Otra observación sobre las deficiencias del modelo:

«Todavía tiene mucho peso el hospital en la organización de la asistencia, y así se impone el modelo médico. En salud mental o se amplían las perspectivas o te quedas muy corto», (ESM 11).

La escasez de recursos también es señalada mayoritariamente con comentarios como:

«En la unidad de agudos los reingresos son frecuentísimos, esto es porque no hay suficientes medios en la comunidad, no hay contención ni seguimientos directos para evitarlos», (ESM 11)

²²² Véase el capítulo III, punto 3.2.5, Los profesionales y el equipo asistencial, en lo referente a las funciones de las diferentes disciplinas. Enfermería en página 255

También atribuido a la escasez de medios, aparecen las listas de espera:

«Tendría que garantizar una accesibilidad ágil, pero con las listas de espera tan largas, esto no es posible, desde que se remite un paciente a la unidad de salud mental pueden pasar meses. En algunos casos esto es un drama», (ESM 9).

Otro aspecto que se detecta como deficitario es la coordinación entre servicios:

«Cada servicio va un poco por su lado, la coordinación entre ellos no es frecuente, por ejemplo en mi servicio no siempre se hacen informes de alta de enfermería, es la vorágine del día a día lo que absorbe todo el tiempo», (ESM 11).

Y entre profesionales:

«Se focaliza la atención en el aspecto farmacológico y parece que otras intervenciones no cuentan o por lo menos no hay espacios para coordinar un trabajo conjunto», (ESM 7).

Encontramos que la idea que aglutina estas observaciones es que la escasez de recursos lastra las posibilidades de efectividad del modelo, especialmente en lo que concierne a la continuidad de cuidados. Problema que aparece señalado en todos los dispositivos. Además, según sea el tipo de dispositivo, aparecen otras desviaciones que marcan las diferentes particularidades del trabajo enfermero según se trate de unidades de internamiento (unidad de agudos en hospitales generales y unidades de media y larga estancia), o dispositivos comunitarios (centros de salud mental o unidades de rehabilitación). En los siguientes apartados revisaremos cómo se percibe el trabajo en los distintos servicios desde sus protagonistas.

(i) Unidad de larga estancia

La denominación de estos servicios es muy variada: Comunidad Terapéutica, Unidad de Rehabilitación hospitalaria, Unidad de Cuidados psiquiátricos prolongados... Lo que les caracteriza es que son dispositivos de internamiento dirigidos a dar respuesta a personas de cualquier edad con trastorno Mental Grave y persistente que requieren entornos estructurados residenciales y con abordajes sanitarios y sociales de carácter prolongado, pacientes en los que se han agotado las posibilidades de rehabilitación en otras unidades. Sus objetivos son lograr el mantenimiento de las habilidades no perdidas y la estabilidad clínica, así como proporcionar a los pacientes los cuidados centrados en actividades ocupacionales y de ocio y tiempo libre, sin renunciar a la reinserción en la comunidad.

La labor enfermeras de un centro de internamiento público, ubicado en el mismo edificio que antes se llamaba hospital psiquiátrico, se describe así:

«Cada enfermera tiene asignado un grupo de pacientes con los que tiene que trabajar las “actividades de la vida diaria” (AVD). Prepara la medicación. Pone los inyectables. Coordina las citas con médicos especialistas y atiende a los cuidados propios de sus problemáticas físicas. También controla analíticas según protocolo. Hace las extracciones de sangre. Atiende el cuidado de pies y de higiene en general, pautas del sueño y controla problemas de alimentación, (ESM 4).

Los cuidados centrados en aspectos físicos también se recogen en otro comentario:

«Aquí la enfermería hace labores meramente de enfermera generalista. No se hacen actividades con los pacientes aparte de lo que trabajan con la Terapeuta Ocupacional (pero sólo hay una para los tres pabellones). Los pacientes se levantan, van a la ducha, desayunan y luego pasean. Vagan por los pasillos o en el jardín, se van al bar o se tumban donde pueden», (ESM 1).

Aunque son conscientes de este problema, lo justifican ante la falta de tiempo para otras labores:

«Las enfermeras sabemos y queremos hacer más cosas, sobre todo trabajar con los pacientes y poder llevar a cabo planes de cuidados individualizados, educación para la salud, control de ansiedad, grupos de habilidades sociales, trabajar para retrasar el deterioro cognitivo o el ejercicio físico. Podríamos hacer más cosas y de hecho muchas lo intentamos. El problema está en que te frustran tus planes el trabajo perentorio del día a día, la labor burocrática es grande (pedidos, farmacia...), la medicación lleva mucho tiempo. Las intervenciones en crisis son ineludibles y dependiendo del número de enfermeros por la mañana puedes organizarte o quedar para lo prioritario e ineludible», (ESM 2).

Pero también aparece que la capacidad de liderazgo en el equipo es importante:

«En teoría hay un “plan individualizado de tratamiento” (PIT), que curiosamente antes se llamaba PIR, “plan individualizado de rehabilitación”, es significativo ¿verdad? Este plan se hace entre todos los miembros del equipo pero es liderado por el psiquiatra, según su compromiso con el trabajo las cosas pueden ser muy distintas. Tenemos ejemplos de situaciones opuestas, si el psiquiatra no se lo cree, el PIT es papel mojado, cada uno hace lo que le parece, sobre la marcha. Pero cuando hay motivación por trabajar en equipo, los demás se implican y aunque los avances son lentos ves fruto de tu trabajo y sobre todo el trabajo es mucho más agradable». (ESM 4).

Una cuestión que reflejan de forma recurrente son las dinámicas entre las diferentes categorías profesionales, dos ejemplos de esto:

«Un factor importante es la relación entre las diferentes categorías, a mi juicio en este centro están muy delimitadas, y la dinámica es muy poco cooperativa. Los auxiliares son muchos y tienen gran peso en la institución, algunos llevan mucho tiempo y les cuesta muchísimo aceptar cualquier cambio, se remiten a su experiencia y la previsión de supuestos problemas que conlleva cualquier modificación. Es una manera de boicotear lo nuevo, te sitúan como tonto... Además su formación es de Auxiliar de Clínica y como tal marcan sus tareas centrados en esta formación, que para nada les habilita en lo relacional y terapéutico, concretando sus intervenciones en higiene, alimentación, vigilancia y control, pero no quieren acompañar a los pacientes a comprar ropa o a hacer actividades que favorezca la autonomía», (ESM 2).

«La relación enfermera auxiliar está muy mediatizada por el peso numérico de los auxiliares, yo creo que nos condicionan mucho, en mi experiencia su petición más común es que consigamos más control, más medicación... También hay auxiliares estupendos, se ve enseguida, son los que hablan con los pacientes, les escuchan, les proponen cosas. En fin de todo tiene que haber, pero lo que me duele es que quienes están acomodados, no tienen ganas de trabajar o tienen la idea de que no sirve de nada lo que se haga, son los que logran imponer la dinámica a toda la institución», (ESM 1).

Es preciso tener en cuenta que esta descripción se ubica en un centro de internamiento a largo plazo procedente de las antiguas estructuras, lo que con seguridad marcará las dinámicas asistenciales.

La experiencia de un Centro también de internamiento a largo plazo, pero de gestión privada y con plazas concertadas, trasmite una imagen muy diferente. En ésta los informantes expresan mayor entusiasmo con su trabajo y una dinámica más activa con mayor proyección de sus posibilidades de intervención autónoma:

«Tenemos una reunión diaria con todo el equipo asistencial, primero se comentan las incidencias y pasamos a valorar las necesidades individuales de cada paciente y su evolución. Cada uno expone su perspectiva y buscamos alternativas. La verdad es que es gratificante porque primero se hace el plan de tratamiento individualizado, y eso es como el objetivo que marca la empresa, luego aportamos cada uno lo que le corresponde, y se ven los avances», (ESM 13).

Como vemos, en este caso las reuniones son un elemento importante del trabajo y aparece el concepto de “*corresponsabilidad*” como factor positivo en la dinámica asistencial. En este servicio la dificultad que aparece como significativa es la poca estabilidad en el equipo de enfermería, relacionado con cuestiones salariales y laborales.

(ii) Unidad de Corta Estancia

Son servicios que ofrecen atención hospitalaria en régimen de internamiento a pacientes en situaciones de crisis, en el ámbito de un hospital general. Suelen precisarse en periodos de descompensación. Se busca superar la crisis. Las técnicas de tratamiento tienden a ser más activas y agresivas con una especial atención a la psicofarmacología. Suelen ser ingresos breves y el seguimiento se realiza en otros dispositivos comunitarios, como manera de prevenir los efectos secundarios de la propia hospitalización y no apartar al paciente de su propio medio.

Una percepción común es la ausencia de trabajo en equipo, marcada por una organización muy jerárquica en la que los aspectos médicos son los prioritarios, y no dejan espacio para otros tipos de intervenciones, quedando la labor enfermera limitada a funciones colaborativas. Tienen conciencia de que su formación les habilita para hacer mucho más trabajo terapéutico y de cuidados individualizados. Pero este ámbito de trabajo tiene condicionantes que lo dificultan. Destacan: el tiempo de ingreso breve, la consideración de que su labor por parte de los médicos se mantiene a un nivel auxiliar, la organización y planificación hospitalaria impone un espacio cerrado y muy burocrático, la turnicidad, la falta de coordinación con otros dispositivos. Así se constata en las entrevistas:

«Hacemos una valoración de enfermería al ingreso que detecta las necesidades del paciente, valoración de la que debe partir un plan de cuidados individualizado. Pero continuar el proceso completo es “muy complicado”; en el día a día la dinámica cotidiana está repleta de interrupciones y necesidades de otros profesionales que requieren colaboración. Además de una importante carga de trabajo burocrático, papeleos, organizar la historias y en general muchos trámites administrativos. El papel de enfermería está muy centrado en los cuidados físicos relacionados con los tratamientos farmacológicos o terapia electro-convulsiva, control de constantes, efectos secundarios del tratamiento, y en los momentos en los que se precisa contención», (ESM 11).

La estructura del hospital general y la ubicación de la unidad de psiquiatría en una planta cualquiera, sin contar con las particularidades del tratamiento de estos pacientes marcan las posibilidades de intervención enfermera, lo vemos en las siguientes reflexiones:

«La organización hospitalaria imprime un carácter marcadamente organicista a la enfermería. Sus necesidades para el trabajo con pacientes psiquiátricos son diferentes. Pero tienes que atenerse a lo marcado por la dirección para todo el hospital. [...] Son plantas pensada para pacientes encamados más que para contener y trabajar con un paciente psiquiátrico. [] Tenemos dificultades de manejo de pacientes agitados o confusos en el entorno del hospital general. El riesgo de suicidio siempre tiene que estar presente y las alturas de las plantas de hospitalización no facilitan las cosas», (ESM 1).

Otra en el mismo sentido, añadiendo la dificultad para planificar y llevar a cabo la parte autónoma de su trabajo ante la supeditación a los otros miembros de equipo:

«Se ha intentado hacer actividades con los pacientes, grupos, relajación...pero termina siendo muy frustrante. No se respetan los espacios y los tiempos. Te interrumpen se llevan a los pacientes. Da la sensación de que tu trabajo no es nada valorado. Es muy difícil planificar, porque si algún paciente está mal te lleva todo el tiempo, y las prioridades siempre son lo que marcan los médicos que, a menudo yo siento que me consideran su auxiliar, les tengo llevar a los pacientes, las historias, lo suyo es lo primero», (ESM 5).

Son pacientes que están poco tiempo ingresados. Las intervenciones enfermeras quedan limitadas a aspectos farmacológicos y de control de la ansiedad sin posibilidades de dar continuidad. No siempre se hacen las altas de enfermería, instrumento de coordinación con los servicios comunitarios.

«Hacer el informe de alta de enfermería es obligatorio, pero no es posible cuando la plantilla es tan escasa. En algunos turnos resulta imposible atender más que a lo te exige la urgencia», (ESM 6).

A pesar de estas dificultades, las enfermeras entrevistadas consideran que su función en el servicio es esencial, tienen responsabilidad y la expectativa de que aumentar la plantilla mejoraría las posibilidades de ampliar sus funciones y coordinarse con la red asistencial.

(iii) Unidad de Media Estancia, Hospital de Día y Centro de Día (HD)

Estos dispositivos comparten objetivos que, generalmente, se centrarán en prevenir o reducir el deterioro y la discapacidad social, restaurar las habilidades potenciales, reforzar las habilidades existentes, facilitar la adaptación psicológica y social y posibilitar los niveles más óptimos de funcionamiento. La diferencia fundamental es que en las unidades de media estancia el régimen es de internamiento a medio plazo, y en hospital de Día y Centro de día los pacientes permanecen en sus domicilios o en pisos asistidos y acuden al centro según los planes de tratamiento, en estos la estancia es más variable.

Son dispositivos rehabilitadores, de carácter comunitario y generalmente sectorizados, en los que enfermería tiene un papel central ya que muchos aspectos de su recuperación van a depender de la capacidad de recuperar habilidades para la vida diaria y la

adherencia al tratamiento además de la coordinación con los diferentes servicios que necesita el paciente.

En estos servicios la labor enfermera se muestra muy satisfactoria en lo que concierne a la realización de funciones y autonomía:

«Cada paciente tiene su plan individualizado de tratamiento, elaborado por todo el equipo y revisado periódicamente, cada uno sabe lo que tiene que hacer y cuenta con el apoyo y la complicidad de todos, y así es difícil que se nos escapen cosas que pueden ser importantes para la seguridad y la evolución del paciente», (ESM 6).

Aparece como trascendente para un buen funcionamiento la estabilidad y la implicación de todo el equipo:

«Lo que más me gusta del trabajo en la unidad es la cohesión del equipo, la verdad es que la psicóloga, que es la que coordina todo, sabe cuidar del personal y de los pacientes, y es flexible e imprime flexibilidad a los demás, se trabaja muy a gusto estás motivado, ves resultados», (ESM 10).

Y también la consideración profesional:

«Hay mucho trabajo pero se hace a gusto, porque ves que los pacientes tienen confianza, y trabajan contigo para conseguir sus objetivos, lo mejor es que aquí notas que se considera tu trabajo». (ESM 5).

(iv) Centro de Salud Mental Comunitario

El centro de salud mental es la puerta de entrada al sistema especializado, responsabilizándose de los pacientes y garantizando la continuidad de la atención a los mismos, ya sea prestándola directamente, ya mediante la actuación coordinada con otros Servicios Sanitarios o Sociales, o simplemente asesorándoles. Es el ámbito comunitario que mayor implicación necesita del profesional enfermero, ya que es allí donde es posible establecer un mejor vínculo que asegure la continuidad del tratamiento. La función de enfermería en los Centros de Salud Mental está muy enfocada al modelo comunitario. Los pacientes se mantienen en su medio y en gran medida la enfermería contribuye a que esto sea así. La mayor parte de los pacientes a los que atienden padecen trastorno mental grave, que con un abordaje farmacológico y los cuidados proporcionados por enfermería se mantienen estables y en su domicilio.

La enfermería es un referente para estos pacientes y sus familias, ofreciendo accesibilidad y coordinando las intervenciones con otros miembros del equipo o con otros dispositivos. Las funciones se expresan claramente:

«Trabajamos la adherencia al tratamiento, el control de efectos secundarios, seguimiento y control de su salud física y de signos de desestabilización, detectamos las necesidades de autocuidados y trabajamos para evitar el deterioro de habilidades sociales y potenciamos la autorresponsabilidad en las actividades de la vida diaria», (ESM 3).

Esta proyección del papel enfermero en el ámbito social se constata en el día a día, como un reconocimiento de su función desde las instancias sociales; es decir, desde los servicios sociales, familias y los propios enfermos.

«Cuando la familia, o a veces el mismo paciente, ve que algo no va bien, tiene efectos secundarios importantes u observan signos de descompensación, no llaman al psiquiatra, su referencia es la enfermera, esto les da seguridad. Pero para llegar a esto te lo tienes que currar mucho, primero hay que enseñar el proceso de la enfermedad, luego a saber detectar cuando necesitan ayuda y finalmente que puedan contar con tu disponibilidad en esos momentos», (ESM 3).

En este ámbito de trabajo las enfermeras observan que la sobrecarga de trabajo es el factor que mayormente condiciona una adecuada atención:

«La evolución fue que cada día había más demanda, no había forma de asumir aquello, las listas de espera se hacían eternas y la respuesta de la administración, a duras penas... fue aumentar el número de psiquiatras. Cuando ya había cuatro, conseguí que pusieran una enfermera más, pero aun con eso era inasumible. Ten en cuenta que nuestros pacientes son crónicos. En cuanto entran no se curan, siguen necesitando de cuidados hasta que se mueren. Es una bola que crece sin parar, así vimos que la consulta de acogida se fue reduciendo hasta que tuvo que desaparecer. La verdad que fue positivo porque queda muy bien definida la función de enfermería. Nos pudimos centrar en nuestras competencias específicas: los cuidados de enfermería en pacientes con trastorno mental grave. Valoramos las necesidades, tratamos de suplirlas en lo posible o recurrimos a otros recursos cuando desde nuestro ámbito es insostenible. En esto ha sido fundamental la apertura del Centro de Día. Yo veo que cuando se crean recursos intermedios, cambia mucho el panorama para los pacientes, para los profesionales y para las familias, da mucha mayor capacidad de maniobra», (ESM 3).

Otro factor que aparece como importante para su desempeño es la percepción del trabajo en equipo:

«Desde luego enfermería es un miembro del equipo, pero el funcionamiento en equipo depende mucho de las personas. Si trabajas con psiquiatras rehabilitadores cuentan más con enfermería, un biologicista puro... pues poco. Con los psicólogos a nivel de trabajo tenemos poca interferencia, ellos llevan fundamentalmente lo que llamamos trastornos mentales comunes y enfermería el trastorno mental grave, el tipo de pacientes es diferente», (ESM 8).

En este sentido observamos que la evolución de otras profesiones (psiquiatras, psicólogos...) ha resultado un importante condicionante contextual para el desarrollo de la enfermería en Salud Mental. Ha estado vinculada al rol que las otras profesiones van asumiendo; en cuanto al objetivo común, en sus aportaciones específicas como miembros del equipo, y, fundamentalmente, cómo se articulan y se complementan entre sí.

La labor del psiquiatra, bien forzado por las circunstancias, bien por haber percibido la posibilidad de rentabilizar su jornada laboral,²²³ encuentra en la enfermería su complementariedad hacia los aspectos de la vida diaria de los pacientes que necesariamente condicionan que el tratamiento sea efectivo. Así como, también hay que decirlo, un parapeto de contención frente a las presiones y demandas asistenciales que puedan desbordar lo estrictamente psicofarmacológico.

Otra profesión, con especial relevancia para el estudio y tratamiento de la enfermedad mental, es la psicología clínica. El papel del psicólogo clínico dentro de los disposi-

²²³ Bajo la creciente presión asistencial existente se ve obligado a limitar su misión a la indicación y revisión, cada vez más espaciada, de tratamientos farmacológicos.

tivos sanitarios de salud mental es todavía muy incierto, dependiendo mucho de la orientación que sus propios profesionales le quieran dar y del futuro rumbo que tome la atención a la salud mental, en general. De hecho, en el momento actual, las grandes diferencias observables en los enfoques de trabajo de los psicólogos en modalidades de servicios bastante similares, dependen en gran medida de su particular formación y orientación en cada caso. Inclinando más o menos sus funciones hacia la psicoterapia individual y familiar en los trastornos mentales comunes y hacia las intervenciones de prevención y tratamiento de la problemática situacional e interpersonal de los pacientes.

Es esta coyuntura la enfermería va configurando su rol profesional, cada vez más comprometido en el diagnóstico e intervención de los fenómenos que se añaden a la gravedad de la enfermedad y su cronificación. Y también en el papel de enlace y coordinación con los servicios sanitarios generales, con otros dispositivos de la red de salud mental y con los servicios sociales.²²⁴

5.4.2 Producción científica

La evolución del interés científico y de la producción intelectual en enfermería, la refleja Muñoz Zaragoza (2012) en su estudio biométrico sobre el especialismo enfermero:

«En lo que respecta al especialismo enfermero tienen mayor peso los temas relacionados con las inquietudes referentes a la especialización, su utilidad, su necesidad, su repercusión en la asistencia y en el profesión y sus líneas de desarrollo futuro; en contraposición con lo que sucede en el campo de la enfermería de salud mental, en el cual la literatura hallada está centrada en mayor medida en cuestiones acerca de la historia, reciente o remota, de los cuidados psiquiátricos y los orígenes y posterior desarrollo de la especialidad enfermera de salud mental. Esta distinción podría deberse a la diferente etapa de desarrollo que vive la especialidad enfermera de salud mental con respecto al resto de las especialidades. Se puede atisbar que las especialidades (excluyendo la de matrona) se encuentran en un momento de justificación de su existencia, creación y progresiva implantación, en contraposición con la especialidad de Salud Mental que está ya en un momento de consolidación profesional», (Muñoz Zaragoza, 2012, 43).

Como esta autora describe, la producción documental se inclina por unos temas u otros siguiendo un proceso que procede del diferente momento histórico que atraviesa la implantación de la especialidad.

La revisión de la producción bibliográfica en el ámbito de la enfermería de salud mental, refleja este proceso. Entre los años 1990 a 2005 el interés se centra en aspectos referidos a la necesidad de la especialización y revisiones históricas. A partir de 2005 la producción científica pasa progresivamente a dirigirse a estudiar aspectos concretos de la asistencia y el cuidado. Y en los últimos 5 años lo que ha reclamado mayor interés

²²⁴ Son los profesionales de los servicios sociales (trabajadores sociales y psicólogos) quienes en los últimos años asumen el trabajo vinculado a los aspectos psicosociales de los enfermos mentales. Esto se traduce en que la enfermería en los Centros de Salud Mental tiene mayor necesidad de coordinación con los psicólogos de los servicios sociales que con los propios compañeros psicólogos de su equipo.

han sido las guías de diagnósticos enfermeros y los trabajos de investigación clínica de la enfermería en salud mental.

Una vez que la especialidad toma cuerpo, el avance teórico se dispara en forma de desarrollo de herramientas prácticas para el trabajo diario como son las *guías de diagnósticos enfermeros prevalentes*, o los *planes de cuidados estandarizados para procesos específicos de salud mental*. Entre ellos destacamos por su calidad:

- Guía de cuidados enfermeros en la red de Salud Mental de Aragón. Servicio Aragonés de Salud, 2003.
- Planes de cuidados enfermeros en Salud Mental. Servicio Extremeño de Salud, 2008.
- Manual de procedimientos de enfermería en Salud Mental. Comunidad de Madrid, 2011.
- Diagnósticos enfermeros en salud mental. Identificación, desarrollo y aplicación. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2014.

También aparecen libros prácticos de gran interés para la aplicación de metodología enfermera en salud mental, observando un progresivo avance en el rigor metodológico.

Destacable es la publicación on-line de la revista “Presencia”, revista de enfermería de salud mental, de la Fundación INDEX, que desde su creación en 2005 publica dos números al año. Publicación específica para este ámbito de trabajo y que supone un espacio de difusión teórica e investigadora.²²⁵ En el año 2015 aparece una nueva revista de temática exclusiva de enfermería de salud mental, el segundo número (septiembre/diciembre 2015) llega a los profesionales de la mano de un representante de laboratorio farmacéutico.²²⁶

Por su lado, en el ámbito asociacionista, además de la ya clásica Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. (AENESM) creada en 1983, en los últimos años han surgido en varias CCAA delegaciones autonómicas de la AENESM y otras asociaciones autonómicas de Enfermería de Salud Mental como en Castilla y León, Aragón, Cataluña y Madrid. En 2010 nace la Cátedra “Francisco Ventosa” para el Fomento y la Difusión de la Investigación en Cuidados en el ámbito de la Salud Mental Comunitaria, por iniciativa de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad Alcalá de Henares y con la colaboración de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM). Sin lugar a duda se van dando pasos en el desarrollo y enriquecimiento del cuerpo teórico específico de la enfermería de salud mental y esto se refleja en la producción intelectual, aunque nuestro rastreo muestra que el proceso es todavía incipiente. Los artículos son escasos y también, hay que decirlo, con poca consistencia científica.

²²⁵ Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/revista.php>

²²⁶ A día de hoy no tenemos más información.

5.4.3 La creación de la Categoría profesional

Para acabar de dibujar el cuadro completo de la evolución de la disciplina hay que hablar de la dotación de puestos de trabajo específicos para esa formación. Es lo que en nuestro espacio profesional denominamos “la creación de una categoría profesional”. A nivel laboral o profesional los avances en el proceso de especialización van muy por detrás del desarrollo formativo. Han pasado 15 años desde que acabaron la especialidad las/los primeras/os especialistas y todavía hoy no se exige la especialidad para cubrir las plazas específicas de salud mental en la mayoría del territorio español.

Es competencia de las CCAA la creación de la categoría enfermero de salud mental, paso que muy lentamente van dando algunas autonomías. En Salud Mental las autonomías que han regulado la categoría profesional son Aragón,²²⁷ Baleares,²²⁸ Cantabria,²²⁹ Galicia,²³⁰ Extremadura,²³¹ Murcia,²³² y Comunidad Valenciana,²³³ pero sólo se ha vinculado al puesto de trabajo en Castilla y León, Extremadura, País Vasco y Murcia.

En su momento, se consideró un importante logro de cara a que los especialistas dispongan de puestos para su especialidad. A día de hoy no se ha implantado de forma general una bolsa especial para cubrir las plazas de enfermería de salud mental. Y solo se ha producido convocatoria pública de empleo con perfil de especialista en País Vasco, Murcia y Extremadura. Como explica Roberto Martín (vocal de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental):

«Estos diez años han supuesto un gasto importante en formación que no ha revertido después en la atención y cuidados a los enfermos mentales y, en muchas ocasiones, ha sido motivo de frustración de estas enfermeras por no poder desarrollar su disciplina, pues las comunidades autónomas siguen sin reconocer la especialidad y sin definir los puestos de trabajo. Desde 1998, fecha de creación de esta especialidad, se han aprobado 17 convocatorias con un total de 2.119 plazas, pero con las que se da una paradoja: tenemos en España enfermeras especialistas en salud mental bien formadas, que están trabajando en otros servicios, y otras enfermeras sin formación específica trabajando en salud mental, y así, las gerencias han visto en su regulación una distorsión en la organización de los servicios», (Martín Ramírez, 2015, Diario Enfermero: 6 de mayo, 2015).²³⁴

²²⁷ Decreto 229/2007, de 18 de septiembre, del Gobierno de Aragón, de creación de la categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental en la CCAA de Aragón

²²⁸ Decreto 47/2011, de 13 de mayo por el que se crean determinadas categorías de personal estatutario en el ámbito del Servicio de Salud de las Illes Balears y se establece un procedimiento extraordinario de integración.

²²⁹ Decreto 57/2005

²³⁰ Decreto 95/2007, de 3 de mayo, por el que se crea la categoría de enfermero especialista en Salud Mental.

²³¹ Orden de 4 de diciembre de 2009 por la que se crean las categorías estatutarias de Enfermero Especialista de Salud Mental y Enfermero Especialista del Trabajo, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del Servicio Extremeño de Salud, y se modifica la denominación de las categorías estatutarias de ATS/DUE y de Matrón

²³² Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización.

²³³ Decreto 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agència Valenciana de Salut.

²³⁴ El Diario Enfermero es una publicación diaria que recibimos todos los enfermeros suscritos vía on-line, en la que desde el Consejo General de Enfermería se nos mantiene informados permanentemente de las noticias y avances relativos a la profesión.

Lo que parece evidente es que la formación especializada en enfermería de salud mental es una garantía de mejora en la calidad de la asistencia con repercusión en el gasto del sistema sanitario, sin embargo, de momento no está culminado el proceso que rentabilice la gran inversión que se hace con esta formación, como recoge Pacheco Borrella (2005) en una entrevista realizada a Marciano Tomé (vocal en la Comisión Nacional de la enfermería de salud mental):

«El Sistema Nacional de Salud en este apartado es tremendamente injusto y hace un mal uso de los recursos invertidos en la formación de especialistas, pues mientras por un lado invierte recursos económicos y profesionales en la formación de especialistas, por el otro existen puestos de trabajo de salud mental cubiertos por enfermeras generalistas y puestos de otras especialidades cubiertos con especialistas de salud mental. Es el mundo al revés. Es evidente que esa desubicación de profesionales repercute de manera negativa en la atención de la salud mental a la población. En ese sentido llevamos mucho tiempo demandando la confección de un catálogo de puestos de trabajo que señale los puestos de trabajo para los cuales es necesario ser especialista y así mejorar la atención», (Pacheco Borrella, 2005).²³⁵

La distinta preparación de la enfermería que ocupa los puestos, dificulta ofrecer una asistencia y una imagen de la profesión enfermera de salud mental con cierta coherencia, consistencia y continuidad. Así lo refleja una entrevistada:

«Es cierto que hemos avanzado mucho y que a veces ha sido difícil, la causa ha estado en que la enfermería de salud mental ha tenido que reinventarse y su trabajo ha dependido mucho del voluntarismo e interés personal, no todas las enfermeras nos hemos implicado igual, y los compañeros de trabajo han encontrado mucha variedad de enfermeras. Ahora con la especialidad y si son las enfermeras especialistas las que ocupan los puestos de la Red de servicios, la cosa cambiará rotundamente. Ahora bien formadas, con identidad profesional y un modelo de trabajo como el que podemos desarrollar, la enfermería de salud mental podrá ofrecer mayor uniformidad, lo que seguro redundará en una mayor consideración como profesión», (ESM 8).

También las instituciones son conscientes de esto:

«La especialización es una garantía de la calidad de los cuidados que reciben los pacientes. Hemos de evitar que una enfermera que nunca ha estado en salud mental sea trasladada a estos dispositivos sin previa formación. La especialización no es solo un problema de índole profesional sino una garantía de que los ciudadanos reciben los cuidados de calidad que necesitan», (Servicio Madrileño de Salud 2012).²³⁶

²³⁵ Pacheco Borrella G. (2005). Entrevista a D. Marciano Tomé Alonso, Presidente de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Presencia 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n1/12articulo.php>

²³⁶ Servicio Madrileño de Salud. Oficina regional de Coordinación en salud mental (2012). Manual de procedimientos de Enfermería de Salud Mental Comunitaria En: La Comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>

El momento actual, diez años después de la publicación del Decreto de especialidades enfermeras, podemos concluir que, la única especialidad realmente implantada sigue siendo la de matrona, con formación EIR y vinculación al puesto de trabajo, pues ya lo estaba antes del decreto del 2005. Salud Mental, Geriatria y Trabajo, están a niveles de desarrollo muy desigual según la CCAA. En el resto de especialidades, Cuidados Médico-Quirúrgicos ni siquiera tiene aprobado su programa formativo. Enfermería Pediátrica²³⁷ y Familiar y Comunitaria tienen pendiente la realización de la prueba de evaluación de la competencia para la obtención del título por la vía excepcional. En cuanto a la categoría profesional, los servicios de salud de Castilla y León, País Vasco, Murcia, Navarra y, muy recientemente (Mayo 2015), Galicia, han reconocido una categoría genérica de enfermero especialista, las demás comunidades ni siquiera las han creado.

Este retraso lo explica Máximo González Jurado (presidente del Consejo General de Enfermería):

«No podemos dejar de tener en cuenta la complejidad que supone el desarrollo de una normativa que va a suponer un cambio trascendental en el modelo de asistencia sanitaria. Las especialidades de enfermería afectan, y deben afectar, a todo el Sistema Nacional de Salud, es decir, a la atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria, y tanto a la sanidad pública como a la privada. Y eso genera rechazo y presiones.

Un contexto de crisis económica generalizada, y unos recortes sanitarios que han afectado especialmente a la enfermería, con despidos masivos, tampoco ayudan”. Pero, sobre todo, lo que se echa en falta es voluntad política. Los gestores sanitarios, desde los gerentes hasta las máximas autoridades sanitarias, ven en las especialidades un doble problema: incremento de los costes de personal y la imposibilidad de ubicar a las enfermeras generalistas en puestos de especialistas», (González Jurado, Diario Enfermero. 6 mayo, 2015).²³⁸

A pesar de todos estos cambios, hemos de seguir avanzando y limar una serie de problemas que afectan actualmente al buen desarrollo y desempeño de la enfermería en general y después a la enfermería de salud mental:

Primero es la escasez en las plantillas de profesionales de enfermería. La OCDE en su informe *Health Statistics 2014*, entre los indicadores ligados a la salud del Sistema Nacional de Salud señala que en España se sigue la corriente general en el aumento del número de médicos por 100000 habitantes, que sigue por encima de la media de la OCDE.²³⁹

²³⁷ Prueba convocada para octubre de 2015

²³⁸ Nos remitimos a la nota pie de página número 234

²³⁹ En 2012 en España 3,8 y la OCDE 3,2

Sin embargo el número de enfermeros por 100000 habitantes es mucho más bajo que la media de la OCDE, situándose en nuestro país en 2014 en 5,5, mientras el la OCDE se sitúa en 8,8 enfermeros por 100000 habitantes (Diario Médico, del 7 al 13 de julio de 2014, 4).

Estos mismos datos en 2006 ya mostraban esta situación, y la evolución en los últimos 9 años no ha ido a mejor, como muestra la siguiente reseña:

«El estudio realizado por el Colegio de enfermeras de Barcelona aporta datos similares a otros realizados en el estado español y subraya que en quince años faltarán 6000 enfermeras, ocupando en la actualidad el ranking más bajo de los países europeos (5,4 enfermeras por 1000 habitantes en Catalunya y 5,6 en España), cuando debería haber un mínimo de 8,25 enfermeras para llegar a la ratio de los estándares europeos», (Rigol Cuadra, 2006, párrafo 8).²⁴⁰

El Consejo General de Enfermería en 2014 realiza un informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea.²⁴¹ Entre los datos más destacables aparece que en nuestro país el número de enfermeros se acerca al porcentual de médicos (el 42,12% de los sanitarios son médicos y el 57,87% corresponde a enfermeros). Cuando la distribución 70-30 es la considerada eficiente.

Esta situación afecta especialmente a los equipos comunitarios de salud mental, donde la ratio médico/enfermera quedan muy lejos de lo recomendado por el Banco Mundial (1993), que considera que la proporción ideal de la relación médicos/enfermeros se sitúa alrededor de 2 a 4 enfermeros para cada médico, la ratio vigente en nuestro país se encuentra invertida: una enfermera por cada dos médicos. Esta dotación de profesionales es un indicador del tipo de modelo que se está propiciando (centrado en la indicación psicofarmacológica) y da idea de las dificultades que los profesionales de enfermería han de encontrar a la hora de encuadrar su trabajo bajo las propuestas oficiales de un modelo comunitario que figuran en los planes, (ANESM, 2003).

Rigol Cuadra (2006), señala otra distorsión en la dotación de profesionales enfermeros en salud mental:

«El ámbito comunitario es seguramente el que necesita de mayor implicación (de enfermería), sin embargo el ámbito mayoritario de actuación y definición profesional, suele ser el hospital, dado que es el que tiene mayor demostración de cargas de trabajo, debido a los tratamientos médicos que derivan intervenciones imprescindibles de enfermería», (Rigol Cuadra 2006).²⁴²

²⁴⁰ Rigol Cuadra A. (2006). ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental? Revista Presencia 2006 julio; 2(4). Disponible en </presencia/n4/55articulo.php

²⁴¹ Romero, G. (2014). Recursos humanos sanitarios: una foto fija inalameda, ¿e inalterable? Diario Enfermero, Posted date: diciembre 2014. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/recursos-humanos-sanitarios-una-foto-fija-inalameda-e-inalterable/>

²⁴² Rigol Cuadra A. (2006). ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental? Revista Presencia 2006 julio; 2(4). Disponible en </presencia/n4/55articulo.php

Segundo, la planificación sigue solo criterios economicistas y sesgados, porque no se planifica desde lo que se puede ofrecer de novedoso y rentable sino desde el que más fuerza tiene y más ruido hace. No tiene en cuenta la especificidad de la atención de salud mental y parece imposible encontrar la partida donde colocar la adquisición de material específico como juguetes para el equipo de infantil (auténtico material clínico en la exploración psíquica del niño) o el bonobús para ir a los domicilios.²⁴³

Tercero la escasa participación de los profesionales de enfermería en los órganos de dirección, que como destaca Rigol Cuadra (2006, párrafo 9): “*un 81%, considera que no tiene capacidad de influencia en su organización y la mitad se considera poco valorada por sus propias instituciones. Quizás uno de los motivos de reflexión del por qué una gran parte de las nuevas especialistas abandonan la salud mental tras finalizar su formación*”.

Cuarto, la evaluación de la rentabilidad de los cuidados enfermeros, es una asignatura pendiente. Sobre todo en un momento donde la justificación de la necesidad de recursos humanos y materiales, se basa en el coste de los procesos. Es frecuente que en las memorias de gestión se registren las actividades del resto de profesionales, pero no de enfermería. Si esto es así, se corre el riesgo de no poder cuantificar las intervenciones, de no poder evaluar los servicios enfermeros, las cargas de trabajo, y así quedar la profesión, minusvalorada en la redistribución de recursos.

Quinto, la organización del servicio enfermero, para garantizar la excelencia de los cuidados y la continuidad de los mismos, debe de contar con un Programa de Enfermería que incluya, cuando menos: (i) La adscripción a un modelo o teoría de Enfermería. (ii) La definición de una cartera de servicios. (iii) La definición de cada uno de los puestos de trabajo. (iv) Protocolos de intervención enfermera. (v) La coordinación interdisciplinarios e intersectorial (Enfermería de Atención Primaria y Especializada). (vi) Un sistema de registro que permita la evaluación de las intervenciones.

El repaso de la situación actual de la especialidad de enfermería de salud mental, no deja lugar a dudas de que se encuentra en un proceso de conformación como entidad profesional especializada. Esto es fruto de los avances que se han producido a nivel legislativo, formativo y asistencial, pero también refleja carencias importantes y en ciertos aspectos contradicciones del sistema que dificultan un avance mayor. Esto es, las plantillas insuficientes, la gestión inadecuada de los recursos, la falta de evaluación de su labor... impiden que la profesión pueda mostrar todo su potencial y a partir de aquí constituirse en pilar fundamental de la asistencia a la salud mental comunitaria.

²⁴³ Todos los programas integran la visita domiciliaria, tema ampliamente estudiado y comprobada su eficacia en multitud de países y ámbitos de la salud mental, pero pocas veces se tiene en cuenta a la hora de planificar el trabajo y presupuestar los desplazamientos como su instrumento imprescindible.

Bien es cierto que son pocos los años transcurridos desde la incorporación de la especialidad a la organización de Sistema Nacional con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 del 19 de noviembre y especialmente, el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, *“por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada”*. En tan breve periodo de tiempo la evolución ha sido notable y en el trabajo de campo se recoge el sentimiento de pertenencia a un colectivo con una entidad propia y unas necesidades comunes. Aunque como señalábamos al principio del capítulo, las inquietudes son patentes, ante un futuro todavía incierto.

Los y las enfermeras de salud mental quieren la oportunidad de poder mostrar la eficacia de sus intervenciones y así justificar los profesionales necesarios para llevar a cabo su función en los equipos de salud mental.

CAPITULO VI
CONCLUSIONES

Hasta aquí un extenso recorrido en busca de respuestas a las preguntas que justificaron esta tesis. La revisión de la literatura junto con las aportaciones del trabajo de campo me han permitido organizar la información y alcanzar una visión más definida del proceso social estudiado. Además también me ha permitido conocer las perspectivas de un colectivo profesional, el enfermero, y atender a su discurso, tradicionalmente silenciado. Los resultados quedan a la opinión del lector. Ahora quiero finalizar aportando las conclusiones personales a las que esta sinuosa trayectoria de investigación me ha conducido.

1. A partir de los datos disponibles es posible afirmar que en el período comprendido entre 1986 y 2015 se ha implantado en nuestro país un nuevo modelo de atención a la enfermedad mental. Es decir, no se trata de un pronunciamiento teórico o político más o menos demagógico, es un hecho. Un modelo de cambio de dimensión cualitativa que trasciende a una preocupante realidad sanitaria y asistencial. Y, lo que es más importante, a las condiciones de vida de unas personas que sufren la enfermedad mental, a menudo terrible, habiendo quedado liberadas un gran número de ellas de una situación y un horizonte auténticamente denigrante.

En consecuencia, a pesar de las carencias asistenciales que todavía persisten y el sufrimiento que a muchos enfermos y sus familias les acarrea, aquella dantesca situación de los enfermos en naves de locos y manicomios, ha quedado prácticamente superada en la actualidad. Situación que no se remontaba a la Edad Media, sino que, por asombroso que a los más jóvenes parezca, aún perduraba para varias decenas de miles de españoles —y para todos como amenaza— al comienzo de nuestra transición democrática.

2. El soporte legal para el cambio asistencial lo constituyeron tres documentos fundamentales. En primer lugar encontramos la Constitución Española de 1978, en cuanto estableció derechos ciudadanos inalienables incompatibles con el sistema asistencial anterior, así como la tutela judicial para los supuestos de internamiento involuntario por enfermedad mental. En segundo lugar, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), documento de consenso entre destacados representantes de la psiquiatría española, que sin tener carácter alguno de disposición legal ni trascendencia normativa, pero elaborado bajo el patrocinio ministerial, logró establecer unos mínimos operativos.²⁴⁴ Y en tercer lugar la Ley General de Sanidad, (1986) que integra la atención a la enfermedad mental en la atención sanitaria en general y, por tanto, en la Seguridad Social (pues hasta entonces estaba excluida), decantándose por la implantación del modelo comunitario.

²⁴⁴ La autoridad de los profesionales que lo habían suscrito, contribuyó a solventar los improductivos debates que solían estancar los procesos en su inicio.

3. Estas directrices propiciaron importantes acciones y medidas: La integración de los pacientes y sus cuidados en el sistema general de salud. El desarrollo de una nueva estructura organizativa para los servicios de atención a la enfermedad mental, de carácter descentralizado y territorial. Y, en consecuencia, un notable incremento de los recursos y su diversificación mediante la creación una amplia red de dispositivos y de niveles de atención (Centros de Salud Mental y servicios intermedios en la comunidad, articulados con la creación de unidades de hospitalización psiquiátrica en todos los Hospitales Generales). La lógica conceptual del desarrollo de dicha red alternativa a los manicomios se sustentaba ideológicamente en la comprensión de la enfermedad mental en una perspectiva unitaria de lo biológico, lo psicológico y lo social. Que debía plasmarse en un enfoque asistencial orientado al mantenimiento de la inserción social de los enfermos (enfoque comunitario), mediante su atención por parte de equipos multiprofesionales.

4. A diferencia de algunos países que se plantearon oficialmente su reforma psiquiátrica promoviendo planes y medidas legales y presupuestarias desde la Administración Central, el proceso en nuestro país comenzó a partir de experiencias reivindicativas aisladas. Experiencias que con frecuencia terminaban en conflictos de amplia resonancia pública. Con los años y el favorable contexto de la transición democrática, las experiencias de cambio se fueron extendiendo por toda la geografía española, sirviendo unas de modelo a las siguientes. Sin duda puede hablarse de un aprendizaje paulatino que fue rebajando la conflictividad de los procesos. Primero, constatándose que la desinstitucionalización de los pacientes no resultaba una meta ilusoria inalcanzable. Segundo, porque lo logrado en unos lugares, además de suscitar una sana envidia en los restantes, orientaba en las decisiones y medidas que se debían de adoptar. Medidas que, por otra parte, con sus correspondientes fundamentos y orientaciones, quedaron posteriormente reconocidas e integradas en el Plan Nacional de Salud Mental 2006 (Estrategia de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud, 2007) y su revisión en 2011. Mereciendo asimismo resaltarse que la salud mental es considerada como una prioridad en los actuales planes sanitarios generales españoles, al igual que lo hacen los organismos internacionales en sus directrices para las políticas asistenciales, como la Declaración del Consejo de Europa en Helsinki 2005.

5. La implementación de los recursos y la organización asistencial quedó en manos de cada Comunidad Autónoma, lo que produjo una sucesión de acciones asimétricas. Cada una implantó sus planes con ritmos y criterios diferentes, dependiendo de su situación de partida y su organización administrativa respecto a los servicios implicados en la atención psiquiátrica, junto a las distintas velocidades con que cada comunidad finalizó su proceso de transferencias. Una consecuencia ha sido la dificultad de obtener datos globales y la presentación unificada de ellos. Los dispositivos tienen denominaciones y dependencias administrativas muy variadas según las CCAA, aunque su esencia funcional sea semejante. Además, la dotación de profesionales no sigue ningún criterio global, encontrándose ratios muy dispares, tanto por dispositivos, como por categorías profesionales. Incluso la denominación de algunas categorías difiere según el dispositivo (en

algunos el monitor equivale al auxiliar de clínica de otros mientras que, en otros casos de igual denominación, la formación es diferente). Pese al esfuerzo que el Observatorio de Salud Mental de la AEN realiza para mantener actualizada la estadística, encontramos que algunas CCAA no aportan sus datos y, a veces, su análisis evolutivo resulta confuso. Además, la última evaluación se realizó en 2010. Aunque la publicación correspondiente a 2015 se encuentre próxima, todavía no está disponible. Por ello, los datos recogidos en este trabajo, a pesar de la exhaustividad aplicada en su búsqueda, se quedan en años anteriores.

6. Los cambios en el modelo asistencial se han complementado con el desarrollo de tratamientos farmacológicos y terapias rehabilitadores más eficaces. También se han acompañado de cambios legislativos encaminados a garantizar los derechos civiles de los pacientes. Así como de acciones dirigidas a la promoción de actitudes más positivas en la población y la participación ciudadana en los temas relacionados con la atención a la enfermedad mental, a través de las asociaciones de familiares y profesionales.

7. Paralelamente, como condición necesaria, se han ido produciendo avances en la formación y competencias de los especialistas que componen los equipos de salud mental. La formación se ha unificado y articulado en un sistema nacional (MIR, PIR, EIR), con programas comunes para toda España y sometido a evaluaciones bien establecidas, lo que ha incrementado y homogenizado su nivel de cualificación.

8. Una faceta trascendente para la mejora de la situación de los pacientes y su atención, no siempre suficientemente reconocida, es el desarrollo de los Servicios Sociales. Particularmente en la atención a los más vulnerables a partir de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Que en general se ha traducido en la implementación de servicios comunitarios por parte de los ayuntamientos, así como de planes de atención al menor en situación de desprotección por parte de las CCAA. El tratamiento de la enfermedad mental, y el trabajo con la discapacidad psíquica que más o menos transitoriamente la suele acompañar, requiere un abordaje que rompe con la perspectiva clásica de atención a un enfermo de cualquier enfermedad y su provisión de asistencia sanitaria.

La asociación de algún grado de minusvalía a la enfermedad mental añade barreras a su integración social, obligando a los servicios asistenciales al conocimiento de técnicas y modalidades de intervención ajenas a los métodos propiamente médicos. Nuestra propia experiencia reitera la incidencia que posee este hecho para la evolución de los pacientes y su mantenimiento en sociedad. Además, los beneficios constatados, no sólo se corresponden con el incremento cuantitativo de los recursos sociales fuera de la sanidad. Sino que tal incremento, junto a la creciente cualificación de los profesionales que los atienden, acaba repercutiendo en un cambio cualitativo en la articulación social que realmente significa la aparición de una verdadera “comunidad” donde trabajar. Que, por otra parte, paralelamente va aprendiendo a identificar y canalizar sus propias necesidades y demandas.

9. Respecto a los profesionales de enfermería, vemos que, en efecto, pudieron elaborarse planes y proyectos sin su participación. Pero en la medida que no se contara con ellos como fuente de información directa, acerca de las características y el día a día de los enfermos y sus dificultades concretas, la viabilidad de dichos planes quedaba paralelamente resentida o sentenciada. Lo que no parecía depender de un proceso especialmente sencillo. Nuestra descripción de la Reforma Psiquiátrica en España ha recogido notorios ejemplos, de cómo algunas experiencias encontraban sus mayores dificultades, en tanto no contaban con el personal que venía trabajando con los enfermos. Frente a otras que supieron rectificar tal deficiencia, mejorando con ello su viabilidad y allanando su camino hacia el cambio. Una vez que la desinstitucionalización de los pacientes alcanzó cotas significativas y se implantaron los diferentes servicios, la función enfermera se mantiene en la línea de un seguimiento continuo de los cuidados del paciente en la comunidad. Una singularidad de la enfermedad mental es que, a diferencia de la enfermedad común, el paciente psíquico grave puede no demandar atención e incluso no ser consciente de su padecimiento. Han de ser los profesionales —esencialmente los enfermeros en conexión con los diversos agentes sociales del contexto de los pacientes— quienes han de encargarse de un seguimiento muy directo de la evolución de cada enfermo en lo que atañe a sus posibilidades de inserción en un entorno normalizado y su propio compromiso con su recuperación, con su cura y con su adherencia al tratamiento. Resultando un referente tanto para el enfermo como para sus familias.

10. Sin embargo, esta contribución se encuentra escasamente documentada y, en consecuencia, resulta escasamente considerada desde la historiografía de la reforma psiquiátrica en nuestro país. Y así lo he podido constatar en la revisión documental realizada. La centralidad que el enfoque de mi investigación quiso dar a la profesión enfermera ha encontrado importantes carencias a la hora de documentar la participación de las enfermeras en la reforma psiquiátrica. Sólo hemos podido acceder a tres artículos escritos por enfermeros en los que directamente se trate este tema, y resulta elocuente, uno de ellos se titula: *“Yo también estaba allí”*, (García Laborda, 2007). Es a partir del año 1995 cuando la producción enfermera empieza a dar frutos. Inicialmente, el asunto predominante tratado es la historia de la profesión, incorporándose poco después la temática vinculada a la necesidad de la especialización. En cualquier caso, puede afirmarse sin matices que la producción literaria en el ámbito de la enfermería de salud mental, en cuanto a la evolución de la profesión y su construcción como especialidad, todavía es escasa, y a veces sesgada (se trata fundamentalmente de editoriales y artículos de opinión). También observamos que empiezan a aparecer textos docentes enfocados a la práctica especializada con gran nivel científico, lo que muestra que estamos en los primeros pasos hacia un cambio de tendencia.

11. Según hemos visto, la enfermería dedicada a la atención a la salud mental en España ha experimentado una gran transformación en los últimos 30 años, tanto en lo funcional como en lo formativo. Los profesionales procedentes del modelo anterior realizaron un esfuerzo adaptativo importante. Y en gran medida tuvieron que reinventarse y encontrar su ubicación en los equipos multidisciplinarios. La incorporación de jóvenes profesionales de la enfermería, ya con otro esquema mental y sin la experiencia manicomial previa, ofreció otro perfil profesional más técnico, pero que ha permanecido largo tiempo carente de formación específica (reducida a la que cada cual se procurase por su cuenta). Sólo en la última década el proceso de especialización ha dado un salto cualitativo y el perfil profesional es más homogéneo. Como consecuencia encontramos una gran diversidad de tipología profesional entre los/las enfermeros/enfermeras, dependiendo del momento histórico a lo largo de la Reforma en que se haya producido su incorporación a un puesto de trabajo en la Salud Mental.

12. La entidad profesional otorgada a la enfermería en los equipos asistenciales en cada periodo histórico se encuentra íntimamente ligada al modelo asistencial imperante y su grado de desarrollo. De hecho, la importancia de su presencia en los equipos comunitarios, junto al perfil funcional y profesional que en ellos se le asigna, se convierten en uno de las referencias más fiables de que se está dando una respuesta más terapéutica, humanitaria e integral a los pacientes mentales; es decir, más capaz de contrarrestar el desconcierto que la enfermedad genera en las relaciones entre quienes la padecen y su entorno, amparando el mantenimiento de su integración familiar y su socialización en general.

13. Pese a reconocerse el incremento de estatus profesional y su trascendental misión funcional, un gran número de los testimonios recibidos coinciden en que la autonomía y competencias de la enfermería en salud mental no acaban de ser bien entendidas por los otros componentes de los equipos, aunque se encuentren recogidas con suficiente precisión en los planes y programas. La razón parece hallarse en la reciente evolución de su rol y de su definición como profesional en este ámbito, quedando rémoras de lo que significaba ser enfermera en el pasado. Otro factor a considerar es el diferente grado de preparación e implicación de los propios enfermeros y enfermeras que coexisten en los servicios. Pues pueden proceder de tres vías de acceso a la especialidad: Bien por la convalidación del antiguo título de especialista; bien a través de la vía excepcional, según sus años de experiencia; o bien por pertenecer al grupo de las nuevas especialistas vía EIR que se han venido formando en los últimos 17 años. Tres formas de titularse especialista, que en sí mismas no condicionan el modo de trabajar, pero que desde luego no facilitan la uniformidad de identidad profesional.

14. Durante todo el proceso de la Reforma Psiquiátrica, se constató la necesidad de una formación especializada, ya que la atención enfermera en el ámbito de la salud mental exige una capacitación específica que difícilmente ofrece la formación de grado. Esta constatación condujo a que se desarrollase la especialidad retomando el Decreto de especialidades de enfermería de 1987, prácticamente dormido una década. Así la formación reglada como enfermero/a especialista de salud mental se inició en 1998, articulándose todo su desarrollo a partir de 2005 con el RD de Especialidades Enfermeras, y culminándose el proceso de acceso por la vía excepcional en 2010. Desde la publicación del plan formativo definitivo en 2011, puede decirse que a nivel académico la especialización es un hecho en nuestro país.

15. Aunque la posibilidad formativa exista desde hace 17 años, el proceso de incorporación al ámbito laboral sigue un ritmo mucho más lento. La creación de la categoría profesional con su correspondiente bolsa de trabajo y la oferta pública de plazas en la especialidad tiene muy diferentes ritmos en su implantación según las diferentes CCAA. Esto se traduce en un mal aprovechamiento de recursos para el sistema y en una frustración para los especialistas que no tienen puestos específicos acordes con su formación. Mientras, en los lugares donde se requiere la formación especializada para desempeñar un puesto de enfermería en la red de salud mental, se muestra claramente un incremento en la calidad de la asistencia y en la satisfacción profesional.

16. En la medida en que la profesión alcanza un cuerpo teórico e histórico y se consolida su rol específico dentro los equipos, la enfermería de salud mental se sitúa como un actor fundamental en el mantenimiento de los enfermos en su comunidad. Su posición es central en la coordinación entre los distintos ámbitos de actuación para garantizar la continuidad de los cuidados; cubriendo la función de bisagra entre los demás miembros del equipo, así como entre el propio equipo y los otros servicios implicados. Lo que le otorga unas condiciones ideales para integrar en su quehacer diario los aspectos bio-psico-sociales y, en consecuencia, para ejercer labores de promoción y prevención de la enfermedad mental. Aspectos todos ellos centrales en el modelo asistencial comunitario. En función de lo cual, la dotación de personal de enfermería, junto a la ratio médico/enfermero, se convierte en un valioso dato que informa de la tendencia más o menos comunitaria o más o menos biologicista de la atención realmente prestada en un determinado lugar, y por tanto del modelo allí imperante.

17. El ámbito de la investigación es sin duda la cenicienta permanente de la profesión. Sin embargo, el papel de la enfermería en salud mental, la coloca en posición privilegiada para la obtención de conocimientos claves hacia una nueva definición del Modelo Comunitario, y hasta para su reinención. Tanto más, cuanto en ese sentido queda mucho por hacer. Para empezar, bastaría con aplicar a la práctica diaria la perspectiva científica y enfocarla a la investigación acerca de la eficacia de las diferentes intervenciones enfermeras, registrando y evaluando nuestro trabajo, contribuyendo con su difusión al enriquecimiento del cuerpo teórico y la mejor práctica de la especialidad.

Junto a tan valiosos progresos en los aspectos asistenciales y expectativas de avance profesional de la enfermería de salud mental, también aparecen debilidades que desvirtúan el modelo y que se entienden como amenazas para su continuidad. Como se planteaba ya en la introducción a este trabajo, estamos en un momento de inflexión que requiere una reflexión sobre lo conseguido en los últimos treinta años y las dificultades que surgen como consecuencia del cambio social. El momento actual se percibe con incertidumbre. Entre los aspectos que aparecen como conflictivos, cabe destacar los siguientes:

1. En algunos lugares se introducen modificaciones en las fórmulas de gestión y en la propia asistencia que entran en conflicto con preceptos fundamentales recogidos en La Ley General de Sanidad. Por ejemplo el área única que rompe con el principio de territorialidad y accesibilidad.

2. Los recursos de rehabilitación, cuidados, apoyo social, empleo y vivienda, mantienen carencias significativas. Expresando escasa clarificación del espacio sociosanitario en relación con la problemática específica de los pacientes con necesidades crónicas.

3. El aumento progresivo de la demanda asistencial satura los servicios. El propio sistema sanitario a menudo se ve desbordado ante infundadas expectativas de ayuda que mínimamente puede cubrir (tanto por el amplio espectro de los problemas humanos que se consultan, como por la dedicación que a cada uno se le puede conceder). Lo que demora la atención con largas listas de espera. Esto es, la definición de los perfiles objeto de asistencia o una cartera de servicios en materia de salud mental, no está adecuadamente perfilada.

4. Los aspectos preventivos y de promoción difícilmente llegan a materializarse, tampoco son frecuentes las intervenciones para los grupos de riesgo y es escaso el trabajo domiciliario por parte de los equipos de salud mental.

5. Las dificultades para la coordinación y colaboración con Atención Primaria, con los otros servicios de la red de salud mental y, especialmente, con otros servicios comunitarios no sanitarios, genera ineficacias y duplicidades.

6. En la práctica el objetivo del modelo comunitario que más se está resintiendo e incluso sufriendo regresión, es el trabajo en equipo y la articulación armoniosa de la interdisciplinariedad. Lo que parece estar relacionado con diversos factores conectados entre sí: (i) la escasez de recursos para atender el espectro asistencial que en principio el modelo proponía, (ii) el reduccionismo biologicista hacia el que se está decantando la asistencia, y (iii) la obligada e improvisada deriva hacia instancias no sanitarias de una amplia gama de cuidados cuya atención se preveía fuera prestada desde la sanidad. Sitúa todo ello a la enfermería en una coyuntura imprevista que continuamente le plantea problemas de coordinación que debe de resolver en solitario, sin el debido apoyo del sistema. Problemas que, por conciencia y sentido de la responsabilidad, tiende a asumir.

7. Otras dificultades que plantean los profesionales son: La precariedad laboral y austeridad retributiva; la falta de motivación, incentivación y participación en la gestión de su propio trabajo; así como la ausencia de liderazgos y estrategias capaces de unificar, guiar e ilusionar hacia una revisión y planificación del modelo de atención. Los profesionales se ven en la necesidad de tener que dar respuesta a necesidades asistenciales múltiples relacionadas con la cronicidad, la discapacidad, la elevada dependencia de los sistemas sanitario y social y la gran influencia de lo familiar sin contar con los recursos necesarios. Aspectos que se vinculan al *burn-out* como una realidad creciente.

8. En la faceta de la gestión política se observa una tendencia a trasladar la responsabilidad de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores, fundamentalmente al sistema de acción social, a las familias y, en ocasiones, a dispositivos privados, sin el análisis previo de las cargas asociadas ni la garantía de la dotación adecuada de recursos.

9. También es notable el recorte presupuestario que reduce recursos materiales y profesionales. Modelo de gestión que prioriza la contención del gasto, tendiendo a establecer convenios de provisión de servicios con empresas privadas o fundaciones sin ánimo de lucro (externalización). La diferente titularidad de los recursos asistenciales sin un ente gestor común y eficiente puede dificultar la continuidad de cuidados.

10. Este contexto economicista tiende a descargar la responsabilidad pública al ámbito privado y familiar. Lo que además se encuentra con un terreno abonado por el reduccionismo del paradigma explicativo médico-biológico-mecanicista de la enfermedad mental, que decanta su abordaje y las inversiones hacia los aspectos biológicos (todo ello muy favorecido por inmensos intereses de las multinacionales del medicamento). Se condiciona así, paulatinamente, la respuesta asistencial. Y se relega en consecuencia la riqueza lograda mediante la incorporación de la perspectiva sociológica,

tan costosa y sólidamente obtenida a través de tantos años de elaboración teórica y aportaciones científicas.

11. La medicalización de la asistencia es una tendencia creciente. La sobrecarga asistencial, los recortes y la falta de motivación e incentivación de los profesionales, conduce al recurso farmacológico como respuesta rápida y fácil. Trabajos recogidos a lo largo de esta tesis aportan datos acerca de hasta qué punto el protagonismo de la medicación se encuentra tremendamente influido y condicionado por dinámicas interesadas (estrategias comerciales, fenómenos socioeconómicos coyunturales, fórmulas de gestión...). Todo ello vinculado a los contextos políticos y la ideología que los sustenta.

12. Se observa una reactivación de la tradicional división dentro de la Psiquiatría, entre los defensores de una práctica más social de la misma (beneficios más sólidos y completos, pero obtenidos más a largo plazo y sujetos a interacciones complejas más difíciles de cuantificar y demostrar) y los defensores del modelo biologicista, que priorizan principios de eficacia y productividad (sujetos a relaciones causa-efecto más sencillas y a corto plazo, más fáciles de medir y comprobar).

13. Aparece un nuevo debate sobre la necesidad de redefinir nuestra reforma psiquiátrica, ante la que se plantean dos posiciones. Una insiste en recuperar los planteamientos más sociales; y otra considera la reforma una etapa superada, proponiendo nuevas perspectivas a partir de los nuevos condicionantes. Como ya señalamos al principio, este es un momento de revisión y de cuestionamiento, tanto desde dentro como desde fuera del ámbito sanitario.

Desde una perspectiva ya eminentemente sociológica observamos que el diseño del modelo psiquiátrico comunitario fue concebido en su momento desde criterios de partida un tanto paradójicos. Por una parte, su propia denominación induce a pensar que se entendía que existía una comunidad en la que integrar el enfermo. Esto significa una comunidad suficientemente cohesionada y estructurada. Una colectividad en condiciones de corresponsabilizarse del cuidado y la atención de los individuos. Pero la realidad es que la sociedad española distaba mucho de responder a ese modelo ideal de sistema equilibrado y solidario. Y más en áreas urbanas, donde se hace patente el fenómeno del multiculturalismo, individualismo y consumismo. A falta de lo cual, el propio modelo incorporó entre los miembros de los equipos a los trabajadores sociales y diseñó numerosos programas y estructuras a cargo de sus partidas presupuestarias para la pretendida resocialización de los pacientes (Hospitales de día, unidades residenciales, pisos protegidos, talleres de laborterapia, unidades de terapia ocupacional). Es decir, en cierto modo se mantenía la idea de la institución total manicomial, sustituyendo a la propia sociedad en sus responsabilidades hacia los enfermos, aunque, eso sí, ahora fragmentada y dignificada.

Ésta puede ser la raíz de la desarmonía y fallos aparecidos en la consumación del modelo comunitario. Con cierta omnipotencia, seguramente obligada por las circunstancias, se concibió el modelo, asumiendo una respuesta excesiva a las necesidades de los pacientes, por comprender áreas que no le correspondían. La realidad ha impuesto el deficiente desarrollo de sus propuestas intermedias, que en parte van asumiendo otras instancias. Aunque las lagunas existentes dejan una brecha de vacío asistencial para los enfermos mentales todavía muy considerable.

Así que, podemos entender que la paradoja conceptual de modelo comunitario a su inicio de alguna forma permanece en el panorama actual, determinando una parte de las debilidades que le estamos detectando.

La respuesta más eficaz pasa por la coordinación entre el sistema sanitario y los otros sub-sistemas de bienestar. La coordinación resulta ser la propuesta más reiterada en las directivas europeas para la salud mental y los servicios sociales en general.

De hecho, ampliando nuestra perspectiva, la evolución de la atención a la salud mental cada día va mostrando con mayor claridad que la salud mental, y por ello la lucha contra la enfermedad mental y la recuperación de los enfermos, sólo parcialmente es una cuestión sanitaria, como sucede con la salud en general (higiene y educación para su promoción, equilibrio nutricional e inspección de alimentos, salubridad de aguas y medio ambiente, etc.). Además, frente a la poderosa tendencia medicalizadora de la asistencia, se constata su insatisfactoria respuesta. La medicina no puede resolver muchos de los problemas cuya solución en ella se buscan. Por eso es fundamental la toma de conciencia de la propia sociedad para desarrollar fórmulas de autoayuda y prevención, e incluso soluciones, apoyadas en sus propios recursos. Y que el equipo de salud mental redefina su función e incluso su composición, para adaptarse y articularse a su nuevo contexto.

Y este ha sido mi viaje, (ahora no sé si entre delirios o entre angustias). Un largo trayecto, que termina con la conclusión de este trabajo. Un gran paso para mí, —pues me incorpora al mundo investigador— y un paso minúsculo para la ciencia, con el que, no obstante, espero contribuir a las reflexiones que sobre la asistencia a la salud mental es necesario plantear.

REFERENCIAS

AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría):

—— (2001). Carta entregada a la Sra. Ministra de Sanidad, con ocasión de una entrevista mantenida con la Junta Directiva de A.E.N. Madrid, 29-1-2001. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-iv/revista-11/69-informe-sobre-salud-mental.pdf>

—— (2003). *Informe sobre la Salud Mental en España* (entrevista de la Junta directiva de AEN con la Ministra de Sanidad), Madrid: AEN. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

http://www.anesm.com.es/descargas/_profesion_situacion_salud_mental_en_esp%FDa.htm

—— (2012). Documento de presentación de programa para candidatura a la Junta de la asociación. (Mimeo).

—— (2012a). *Hacia una Reformulación de la Rehabilitación Psicosocial*. Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN. Cuadernos Técnicos nº 16. Madrid: AEN.

Agüera, B. (1980). Los sindicatos (la dinámica y los instrumentos de la transformación psiquiátrica). En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 765- 772). Madrid: Mayoría, AEN.

Alberdi Castell, R.M.:

—— (1992). La identidad profesional de la enfermera. *Revista ROL*, nº 70 octubre.

—— (1999). Los contextos conceptuales históricos: una propuesta de análisis de la evolución de la profesión enfermera desde sus orígenes hasta el siglo XIX. *Revista Hiades IV*, 5-6.

—— (2001). El compromiso de las profesiones sanitarias ante la sociedad del siglo XXI. En Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI su influencia en la práctica enfermera. (p. 67-74). XXI. Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

Alcayde Mengual (2007). *Historia de España. El desarrollismo y el fin del régimen*. Publicado por. Historia-V centenario. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: wikispaces.com/.../Tema+11+Historia+contemporánea.

Alexander, F. y Selesnick S.T. (1970). *Historia de la Psiquiatría*. Barcelona: Spaxs.

Allen Frances, M.D. (2011). *Abriendo la caja de Pandora, las 19 peores sugerencias del DSM-V*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.seypna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf>

Alonso Suárez, M. (2009). Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 29, nº 103, 229-251.

Alot, Liñero, Seoane, Tato y Torrent (1977). *Conxo: manicomio e morte*. Santiago de Compostela: Xistral.

Alvarado Muñoz, R. (2007). *Satisfacción de necesidades y calidad de vida en personas con esquizofrenia y trastornos afines en Chile*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Granada.

Álvarez, J.M. (1999). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: DOR.

Álvarez-Uria, F. (1983). *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquet.

Amad Pastor, M. (2014). *Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados de mujeres con el diagnóstico ansiedad*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Murcia.

Amezcu, M. Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, nº 76, 423-436

Amezcu, M. y Carricondo Guirao, A. (2000). Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en Salud. *Revista Index de Enfermería*; 28-29, 26-34. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/cuali/CUALIESP.php>

Andesán, A. (2013). Psiquiatrización de la vida cotidiana. En Andesán, A. (Coord.). *Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental*. (p. 223-242). Madrid: AEN.

Andrade, L de FS. y Viana, L de O. (2008). Posición de la enfermería en el continuum ocupación profesionalización y la expansión de la especialización. *Enfermería Global* España, 2008 feb; 12. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/1011/1031>

Aparicio Basauri, V.:

—— (1980). Análisis de la transformación del Hospital Psiquiátrico de Sal. En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 553-566). Madrid, Mayoría, AEN.

—— (1993) (coord.). *Evaluación de servicios en salud mental*. Colección estudios nº 17. Madrid: AEN.

—— (1997). *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*. Madrid: Arán Ediciones.

Aparicio Basauri, V. y Sánchez Gutiérrez A.E.

—— (1997). Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986). *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 17, nº 61, 125-145.

—— (1990). Desinstitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 10, nº 34, 363-374.

Ararteko (Defensor del Pueblo Vasco):

—— (2000). *Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Informe del Ararteko/Defensor del Pueblo Vasco. Vitoria-Gasteiz. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_17_3.pdf

—— (2011). *Situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_3005_3.pdf

Arranz Muñecas, T. (1995). *Del internamiento a la psiquiatría comunitaria*. Barcelona: Ed. Hermanas Hospitalarias.

Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental ANESM.:

—— (2003). *Informe sobre la situación actual de la atención en salud mental en España*. Madrid: ANESM.

—— (2009). *La Reforma Psiquiátrica en España*. Conclusiones Congreso Talavera de la Reina. Enero 2009. Madrid: ANESM.

—— (2009). *Enfermería de Salud Mental en la Comunidad de Madrid*. Madrid: ANESM.

Aztarain Díez, J. (2005). *La asistencia psiquiátrica en España en los siglos XVIII y XIX*. Temas de historia de la medicina, Gobierno de Navarra. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146774/xviii_xix.pdf

Bachrach, LL. (1996). Deinstitutionalisation: promises, problems and prospects. En Knudsen, H.C. Thornicroft G. (Eds.). *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Badallo Carbajosa, A., (2012). *Estigma y Salud Mental*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Badallo Carbajosa, A., García-Arias, S. y Yélamos L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 33 (120), 737-747.

Banco Mundial. (2002). *World Development Report 2002: Building Institutions for Markets*. Washington, DC: World Bank.

Barona Vilar, J.L. (2009). Del Padre Jofré a la Ley de Dependencia: una reflexión histórica sobre la asistencia al enfermo mental. Actas del I Encuentro *Sin salud mental no hay salud*. Monográfico sobre aspectos sociosanitarios de la salud mental. 2009, 21-32.

Barrantes Vidal, N. (2011). ¿Son solo los genes? *Revista Investigación y Ciencia*, Octubre 2011, 39.

Barrios Flores, L.F. (2002). El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808). *Revista Cubana Salud Pública versión on-line*, Vol.28, nº 2, jul.-dic. 2002. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428209>

Barton, R. (1974). *La neurosis institucional*. Madrid: Paz Montalvo.

- Basaglia, F. (1972). *La institución negada*. Barcelona: Barral.
- Bassols Pares, R. (1980). Los Colegios Profesionales (la dinámica y los instrumentos de la transformación psiquiátrica). En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 783-788). Madrid: Mayoría, AEN.
- Bastide, R. (1967). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Bauman, Z. (2001). *La sociedad individualizada*. Madrid: Cátedra.
- Beck, V. (2011). Presente y Futuro de la Formación Especializada de Enfermería en Salud Mental. *Revista Paraninfo Digital*. 2011; 11. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/009c.php>.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2002). *La individualización*. Barcelona: Paidós.
- Bellido Mainar, J.R. (2007). El equipo interdisciplinar: una oportunidad para activar sinergias. Ponencia: IV Jornadas de Rehabilitación en Salud Mental. *La rehabilitación en salud mental hoy: ¿hacia dónde vamos?* Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús. Serveis de Salut Mental, Martorell. 24 y 25 de Mayo de 2007. Barcelona. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacio-nal.com/articulos/Rehabilitacion_salud_mental_JR_Bellido_Marinar_abril08.pdf
- Beltrán, M. (2007). Cinco vías de acceso a la realidad social. En García Ferrando, M.; Ibáñez, J. y Alvira, F., *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bernabeu Mestre, J. y Gascón Pérez E. (1999). Antecedentes históricos de la visitadora sanitaria: Concepción Arenal y su Visitador del pobre (1860). En: Bernabeu Mestre J. Gascón Pérez E. (1999). *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Bernalte Martí, V. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Revista Global de enfermería*, nº 37 Enero 2015, 328-334.

Berrios G. (2010). *Sobre la medicina basado en la evidencia*. Universidad de Cambridge: UK. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.Psicoevidencias.es/novedades/editorial/on-evidence-bases-medicine.html>

Biesa Fernández, S; Granada López, J. M (2004). Acerca de las especialidades de enfermería. *Noticias de Enfermería*. 2004 may-jun; 41:22-23.

Blanquet Baldellou, L.J. (2008). *Manual Psiquiatría y ley en la práctica clínica*. Madrid: Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Bobes, J. y González M.P. (2000). Calidad de vida en la esquizofrenia. En Katsching H. Freeman H. Sartorius N. (coord.). *Calidad de vida en los trastornos Mentales*. (p. 165-167). Barcelona: Masson.

Bones Rocha, K., Pérez K., Rodríguez-Sanz M., Borrell C. y Obiols J. (2010). *Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España*. Madrid: Psicothema.

Boyra Prendes, J. C. (1980). La transformación de Albacete. Historia de una crisis. En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 661-680). Madrid: Mayoría, AEN.

Bravo Ortiz, M.F. (coord.) (2000). *Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*. Cuadernos Técnicos 4. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Brito Brito, P. R. (2007). El camino hacia la identidad enfermera. *Metas Enfermería*. 2007 mar; 10(2):51-54. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com>

Burgos Moreno M. y Paravic Klijn T. (2009). Enfermería como profesión. *Rev. Enfermería*. Vol. 25, 1-2. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm

Burró L. Caparros F. López A. y Setó A. (1988). Ponencia: *Conclusiones del IX Congreso Nacional de Auxiliares psiquiátricos* Vitoria 1988. Publicado en Blogs Caparros Marqueño F. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://issuu.com/capasalutmental/docs/vitoria_perspectiva_profesional_1988/5?e=2805828/3040850

Busturia Jimeno, R. (2007). Sobre la investigación de la enfermería especialista en salud mental. *Nure Investigación*. 2007 nov-dic; 4(31). [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.fuden.es/firma_detalle.cfm?id_firma=50&id_firma_ini=1

Calafat, A. y Fábregas Poveda J.L. (2009). *Política de la Psiquiatría*. Barcelona: ZYX. Caldas de Almeida, J.M. y Torres González, F. (coord.) (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Publicación Científica y técnica nº 601. Washington: Organización Panamericana de Salud.

Calo Hernández, B.J. (2010). *Indicadores de calidad en las intervenciones de enfermería en salud mental y psiquiatría en la unidad de subagudos del hospital universitario de Canarias*. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna. Tenerife.

Campos Marín, R. (1999). *La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1876-1920)*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es>

Campos Marín, R. y Huertas, R.:

----- (1996). *Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX*. Comunicación al X Congreso Nacional de Historia de la Medicina, celebrado en Málaga en febrero de 1996. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: www.revistaen.es/index.php/aen/article/download/15579/15438

——— (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 18, nº 65, 99-108.

——— (2008). Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, Vol. CLXXXIV, nº 731, 471-480.

Campos, I. y Avillar, J. (1980). Hacia una alternativa democrática para la formación de recursos humanos en salud mental. En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 347-358). Madrid: Mayoría, AEN.

Cañete Nicolás, C., Hernández Viadel, M., Bellido Rodríguez, C., Lera Calatayud, G., Asensio-Pascual, P., Pérez Prieto, J.F. y Leal Cercos C. (2012). Situación en España del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para enfermos mentales graves. *Actas Españolas de Psiquiatría, Vol. 40, n° 1, 27-33*

Caparros Marqueño, F. (1988). Conclusiones del XI Congreso Nacional de Auxiliares psiquiátricos Vitoria 1988. En blogs. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://caparrossalutmental.blogspot.com.es/2012_10_01_archive.html

Caplan, G. (1964/85/96). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Carmona Calvo, J. y del Río Noriega F.:

—— (2009). *La gestión clínica en salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Colección estudios n° 43. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

—— (2011). Análisis histórico de la Reforma Psiquiátrica andaluza: los inicios y el proyecto. *Revista Estudios de Psicología, Vol. 16, n°3, 329-339*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26122323017>

Carmona, J., Gay, E., Del Río, F. y Tesoro, A. (2009). La organización y los profesionales. Las herramientas técnicas. En: Carmona Calvo, J. del Río Noriega, F. (coord.). *La gestión clínica en salud mental*. (p. 173-233). Colección estudios n° 43, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Carretero Román, J. y Siles González, J. (2003). *Un instrumento para reconstruir el encuentro en el presente: la historia oral y la historia de vida en el contexto de los cuidados de salud mental*. Actas del XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental: espacios de encuentro en los cuidados enfermeros en salud mental. Madrid: Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental ANESM.

Carr-Saunders, A.M. y Willson P.A. (1933): *The Professions*. Oxford: Clarendon.

Casco Solís, J. (1980). La transformación de la asistencia psiquiátrica y el Derecho. En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 365-380) Madrid: Mayoría, AEN.

Castel, R.:

— (1976). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.

— (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.

Castilla del Pino, C.

— (1980). *Introducción a la psiquiatría*. 2 Vols. Madrid: Alianza.

— (1987). *Cuarenta años de psiquiatría*. Madrid: Alianza.

— (2006). *Historia crítica de la psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica*. Conferencia de clausura del XXIII Congreso de la AEN, Bilbao, mayo de 2006. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n1/v27n1a11.pdf>

Castilla, A., López, M., Chavarría, V., Sanjuán, M. P., Canut, P., Martínez, J.M. y Cáceres, J.L. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 18, nº 68, 621-642.

Castillo Charfolet A. (2011). Aproximación al trabajo social en España. *Revista Locus Social*. Universidad San Paulo, Portugal, nº 108, p. 623-638. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n108/a03n108.pdf>

Cázares, L. y Otros. (1997). *Procedimientos y Técnicas de la Investigación Documental*. México: Editorial Trillas.

Chamizo, C. (2009). *El proceso de profesionalización de la enfermería en el principado de Asturias*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo. Oviedo

Chicharro, F.:

— (2002). Salud Mental en Euskadi. *Revista Norte de salud mental*, nº 13, 131-138.

— (2007). El equipo multidisciplinar: ¿Realidad o expresión de un deseo? *Revista Norte de Salud Mental* nº 27, 95-100.

Cibanal Juan, M. L.:

— (1994). Enfermería y Salud Mental: de ayer a hoy. *Enfermería Científica*. 1994 ene-feb; 142-143:54-56.

— (2007). A propósito de la especialidad en enfermería en salud mental. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*. 2007 jul-oct; 9(2):9-13. Disponible en: <http://www.sesp.es>

Colliere, F. (1996). Cuidar, asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. *Index de enfermería*, V (18).

Comelles, J.M.:

— (1988). *La Razón y la Sinrazón. Asistencia Psiquiátrica y Desarrollo del Estado en la España Contemporánea*. Barcelona: PPU.

— (2007). Cultura, sociedad y psiquiatras en España. *Revista Frenia*, Vol. VII, 7-24
Comisión de las Comunidades Europeas (2001). *Programa de Acción Comunitaria para combatir la discriminación en 2001-2006*. Bruselas: Comisión Europea. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://ec.europa.eu/agriculture/rur/leader2/rural-es/euro/p6-2.htm>

Comisión de las Comunidades Europeas (2008). *The Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.ec.europa.eu/health/ph_programme/pgm2008_2013_en.htm.

Comisión de las Comunidades Europeas y Organización Mundial de la Salud (2005). *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Comunidad Europea, 2005. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.europa.eu>.

Comisión Europea. (2008). *Pacto Europeo por la salud mental y el bienestar*. Conferencia de Alto Nivel de la Unión Europea. Bruselas: Presidencia de la UE. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm

Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (1985). Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención en Salud Mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 13, 204-222.

Comité Permanente de Enfermeras de la UE. Recomendaciones para la educación de la enfermera especialista dentro del marco europeo. *EDTNA/ERCA Journal*. 2003 oct-dic; XXIX (4):191-192. Disponible en: <http://www.edtna-erca.org>

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental FEAFES (1995). *Estudio europeo sobre las necesidades de los familiares de enfermos mentales*. Resultados para España. Madrid: FEAFES.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata, 1978. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)

— (1961). *Principios Básicos de los cuidados de Enfermería*. (Publicación científica, nº 57). Organización Panamericana de la Salud, Washington: O.M.S.

— (1990). *Cuestiones sobre enfermería de salud mental/ psiquiátrica*. Ginebra: CIE.

— (2001). *Salud mental. Declaración de Posición*. Ginebra: CIE.

— (2004). *Bienestar social y económico de las enfermeras. Declaración de posición*. Ginebra: CIE. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.icn.ch/pssewsp.htm>.

— (2004). *Protección del título de enfermera. Declaración de posición*. Ginebra: CIE. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.icn.ch/pstitle99revsp.htm>

— (2006). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra: CIE. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>

— (2007). *Declaración de posición El desarrollo de la carrera profesional en la enfermería*. Ginebra: CIE. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.icn.ch/pscardevsp.htm>.

Cooper, D.:

- (1972). *La muerte de la familia*. Argentina: Paidós.
- (1972a). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Argentina: Paidós.
- (1978). *La gramática de la vida*. Barcelona: Ariel.
- (1979). *El lenguaje de la locura*. Barcelona: Ariel.

Corces, V. y Angona del Río, P. (1980). Aproximación a un año de transformación asistencial en el Hospital Psiquiátrico de Málaga. En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 681-689). Madrid: Mayoría, AEN.

Cortina, A. Conill J. (2000.). *10 palabras clave en Ética de las profesiones*. Navarra: Verbo Divino.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, California. Sage Publications, Inc.

De la Mata Ruiz, I. y Ortiz Lobo, A.

- (2003). Industria Farmacéutica y Psiquiatría. Debates. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 23, nº 86, 49-71
- (2006). Evolución de la atención a las demandas y trastornos mentales comunes. En: Pérez F. (Coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Colección Estudios nº 36, AEN. (p 299-325). Madrid: Mayoría, AEN.

De la Revilla, L. (1992). *La consulta del médico de familia: la organización en la práctica diaria*. Madrid: Ed Jarpyo.

De Lera, A.M. (1972). *Mi viaje alrededor de la locura*. Barcelona: Planeta.

Defensor del Pueblo:

- (1991). *Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- (1996). *Estudio y Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la atención residencial a personas con discapacidad y otros aspectos conexos*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.
- (2010). *Derechos Humanos y Salud Mental*. Número Especial. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.defensordelpueblo.es/es/Prensa/Dia/Revistas/Numeroespecialsaludmental.pdf>

— (2010a). *Informe Anual a las Cortes Generales*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/anual/Documentos/InformeAnualCortesGenerales2010.pdf>

Defensor del Pueblo Andaluz:

— (1997). *La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.

— (2002). *Informe del Defensor del Pueblo Andaluz al Parlamento de Andalucía sobre la gestión realizada durante 2001*. Sevilla: Oficina del Defensor del Pueblo.

— (2013). *La situación de los enfermos mentales en Andalucía*. Sevilla: Oficina del Defensor del Pueblo.

Del Pozo, A. y Sánchez Bayle M. (2008). *Los profesionales de la salud en España*. Madrid: Ediciones GPS.

Delgado Suárez, J. (2010). *Sanos en lugares insanos*. Fuente: Rosenhan, D. L. (1973) On Being Sane in Insane Places. *Science*; 179(4070). [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.rinconpsicologia.com/2010/03/sanos-en-lugares-insanos-una-curiosa.html>

Desviat, M.:

— (1980a). Alcohete. En: González de Chávez M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 547-552). Madrid: Mayoría, AEN.

— (1980b). Las herramientas del cambio Psiquiátrico: Entre la integración y la ruptura. En: González de Chávez M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 693-714). Madrid: Mayoría, AEN.

— (1980c). Psiquiátrico de Leganés: Dos años de autogestión (1977-1979). En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 581-596). Madrid: Mayoría, AEN.

— (1981). Psiquiatría y política en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 2, 110-120.

— (1986). La nueva cronicidad. En Espinosa, J. (Coord.). *Cronicidad en Psiquiatría*. (p.305-358). Madrid: Mariar, AEN

- (1994). *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ediciones Dor.
- (1999). ¿Qué fue de la reforma psiquiátrica? Algunas preguntas y una propuesta. *Revista GOZE, Vol. III, nº 5, 9-13*.
- (1999). El riesgo de la contrarreforma. *Revista Psiquiatría Pública, Vol.11, nº 2, 9-15*.
- (2000). *Reducir las enfermedades mentales y los suicidios*. Informe SESPAS 2000. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://sespas.org>.
- (2003). Psiquiatría y evidencia. Los límites de la función del clínico. En Baca E. Lázaro J. (coord.). *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastela.
- (2007). Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. *Revista Psiquiatría Universitaria GPU, Vol.3, nº1, 88-96*.
- (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 23, 253-263*.
- (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública, Vol.85, nº 5, 427-436*.

Desviat, M. y Moreno A. (coord.) (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Colección Estudios nº 47. AEN.

Diéguez Porres, M. y Morales Hevia, N. (sin fecha). La Asistencia Psiquiátrica en España en los Siglos XIX y XX. *Revista Galeón*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://galeon.com/psiquiatria/ho/manual/a13.htm>

Domínguez Alcón, C.

- (1979). Para una sociología de la profesión enfermera. *Revista Reis, nº 8, 103-132*.
- (1990). Feminización de las profesiones sanitarias. *Jano, Vol. XXXVIII, nº 909, 69-74*.

Elichiry, N. (2009). *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional*. Buenos Aires: Manantial.

Elliot, P. (1975). *Sociología de las profesiones*. Madrid: Tecnos.

Errasti-Ibarrondo, B., Arantzamendi-Solabarrieta, M. y Canga-Armayor, N. (2012). *La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer*. Anales Sistema Sanitario

Navarra Vol.35 nº 2, Pamplona mayo.-ago. 2012. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272012000200009&script=sci_arttext

Escudero, C., Ibáñez, M.L., Larraz, G., Pascual, P., Penedo C. y de la Viña P. (2003). Competencias legales de los psicólogos clínicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2003, Vol. 22, nº 85, 153-168.

Espino Granado, A.:

—— (1984). *Estado actual de la asistencia psiquiátrica en España*. Papeles del Psicólogo, nº 15. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=174>.

—— (1987). La reforma psiquiátrica en la II República española. En Huertas y otros (coord.). *Perspectivas psiquiátricas*. (p. 221-230). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

—— (1995). La salud mental en los noventa: guía para la discusión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 15, nº 55, 149-160.

----- (2002). Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 22, nº 81, 39-61.

—— (2005). Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En: Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *La atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social*. Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985, (pp. 26-54). Toledo. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf

Espino, A., Fraile, J.C., Mateo, I. y Moriñigo, A. (1984). Informe presentado por la Secretaría permanente de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, durante las I Jornadas Internacionales sobre Planificación en salud mental. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=174>

Espinosa Iborra, J.:

— (1966). *La asistencia Psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Valencia: Patronato municipal de Enseñanzas Especiales.

— (1980). La evolución de la asistencia psiquiátrica en España. Una introducción histórica. En: González de Chávez M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 109-116). Madrid, Mayoría, AEN.

— (1986): *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Mariar, AEN.

— (2006). Asistencia Psiquiátrica. En Laín Entralgo P. (Coord.). *Historia Universal de la Medicina*. T. VII. Barcelona: Salvat.

Etzioni, A. (ed.) (1969): *The Semiprofessions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. Nueva York: Free Press.

Fábregas, J.L., Mora, E. y Roig, A. (1977). Por una psiquiatría alternativa. *El Viejo Topo*, nº 15, Diciembre 1977, 18-23.

Fajardo Alcántara, A. (2007). *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España, cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada

Fajardo Trasobares, M.E. y Germán Bes, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, Vol. XIII, nº 46.

Federación Andaluza de familiares y personas con enfermedad mental FEAFES (1995). *Estudio europeo sobre las necesidades de los familiares de enfermos mentales. Resultados para España*. Sevilla: Federación Andaluza de Allegados de Esquizofrénicos (FANAES)

Fernández Doctor, A. (Coord.) (2014). *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón*. Zaragoza: SARP/Gráficas Vela.

Fernández Liria, A.:

—— (1997). Cronicidad en la psiquiatría de finales del siglo XX. En: Rebolledo S.

(coord.). *Rehabilitación psiquiátrica*. Santiago, Universidad de Santiago. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://afliria.info/en/escritos/doc_view/39-cronicidad-en-la-psiquiatria-de-finales-del-siglo-xx

—— (1997a). La reforma psiquiátrica en España: En qué (y en qué no) metimos la pata (y qué podemos hacer). *Revista Psiquiatría Pública*, nº 9, 167-175.

—— (1999). La AEN y la Psiquiatría española a finales del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 19, nº 71, 503-520.

—— (2005). Claves para la elaboración de una estrategia de salud mental en España. En: Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *La atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social* (p. 80-94). Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985. Toledo. Espino Granada A (coord.). [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf

Fernández Liria, A. y Diéguez Porres, M. (1998). La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales. *Revista de la Administración Sanitaria*. Vol. II, Enero/Marzo 1998, nº 5. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: www.elsindic.com/documentos/132_Parte_1_2.pdf

Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B., Muñoz, A. y Cebolla, S. (2009). Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: factores comunes y psicoterapia de grupo. En Retolaza A. (coord.). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. (p. 230-243). Col. Estudios nº 41. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Fernández, A. (2000). La familia como institución supletoria. La cara amarga de la Reforma Psiquiátrica. En: Rivas F. (coord.). *La psicosis en la comunidad*. (p. 333-350). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Fernández, C. y Pérez M. (2005). Así nos muestran, ¿Así somos? *Cultura de los Cuidados*, Año IX, nº 18, 2º. Semestre, 98-101.

Ferrer Dufol, C. (1986). *La reforma psiquiátrica en Italia objetivos y resultados*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

Fornés Vives, J. y Gómez Salgado, J. (2007). *Evolución Histórica y modelos conceptuales en Salud Mental y psiquiátrica*. Madrid: FUDEN.

Foucault, M.:

----- (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. 2 tomos, México: Fondo de Cultura Económica.

----- (1992). *Verdad y Poder en Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

Freidson, E.:

——— (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.

——— (2001). La teoría de las profesiones, estado del arte. *Revista Perfiles Educativos*, Vol. 23, nº 93, 28-43.

Galvan, V. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 29, nº 104, 485-500.

García de Frutos, H. (2011). Neurociencias y psicoanálisis: consideraciones epistemológicas para una dialéctica posible sobre la subjetividad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 31, nº 112, 661-677

García-García, I., Gozalbes Cravioto, E. (2012). Investigación en Enfermería y en Historia de la Enfermería en España. *Index Enfermería*, Vol.21 nº.1-2, 100-104.

García González, J.:

——— (1978). *Conflictos y lucha psiquiátrica en España*. Madrid: Dédalo.

——— (1979). *Psiquiatría y Cambio social. Análisis Socio histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: el caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-1972)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada.

——— (1979a). *Psiquiatría y Cambio social. Análisis Socio histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: el caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-1972)*. *El Basilisco*, nº 8, 49-63.

- (1980). Pasado y presente de la asistencia psiquiátrica. En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 393-410). Madrid: Mayoría, AEN.
- (1980). Una década de asistencia psiquiátrica (1965-1975) y dos intentos de psiquiatría comunitaria: El H. P. de Oviedo y el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo. En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 411-456). Madrid, Mayoría, AEN.
- (1983). Análisis de la asistencia psiquiátrica en Asturias: Pasos de una alternativa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol.3, nº 7, 76-98.
- (1998). La reforma psiquiátrica en el Principado de Asturias: periodo 1982-1993. En: García González, J. Espino Granado, A. (Coord.). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. (p. 79-100). Madrid: Díaz Santos.
- (2000). *Análisis de la Reforma y de la Desinstitucionalización Psiquiátrica en España*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo (2000). [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a2.htm

García González, J.; Espino Granado, A. y Lara Palma, L. (1998): *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz Santos.

García González, X. y González Fernández, E. (1978). *As institucións da locura en Galicia, por una nova psiquiatría*. Santiago de Compostela: Imprenta Minerva.

García Laborda, A.:

- (2006). Situación actual de la Especialidad de enfermería en Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 26, nº 98, 399-405.
- (2007). Yo también estaba allí. Vivencias de una enfermera en la reforma psiquiátrica. *Siso/Saude*, 44-45, 199-207

García Laborda, A. Rodríguez Rodríguez, J.C. (2005). Afrontamiento Familiar ante la Enfermedad Mental. *Revista Cultura de Cuidados*, Año IX, nº 18, 2º Semestre 2005, 45-51.

García López, R.:

- (1975). Orden manicomial y reeducación de la violencia. En: Basaglia, F., y otros. *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. (p. 13-29). Barcelona: Barral.
- (1977). Los conflictos psiquiátricos en España: de la renuncia del manicomio a la ruptura con la norma institucional. *El Viejo Topo*, nº 4, Enero, 37-39.
- (1979) *¡Abajo la autoridad! Ciencia, manicomio y muerte*. Barcelona: Anagrama.
- (1995). *Historia de una ruptura: el ayer y el hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus.
- (2000). Intervenciones terapéuticas del Trabajo Social en Salud Mental. En *Trabajo Social Hoy*. [Monográfico primer semestre 2000]. Madrid. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS de Madrid, p. 116-117.
- (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 17, 273-287

García Martín-Caro, C. y Martínez Martín, M.L. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.

García Moratalla, B. y Markez Alonso, I. (2012). Factores adversos y grupos de riesgo. En Desviat y Moreno (coord.). *Acciones de Salud Mental Comunidad*. (p. 85-103). Colección estudios nº 47. Madrid: AEN.

García, J. y Vázquez-Barquero, J.L. (1999). Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 27, nº 5, 281-291.

García, R., Serós, A. y Torrent, L. (1972). Una experiencia frente a la ciencia (Prólogo). En: Basaglia F (coord.). *La institución negada*. Barcelona: Barral.

García-Valdecasas Campelo, J., Vispe Astola, A., Tobías Imbernón, C. y Hernández

González, M. (2009). De la (curiosísima) relación entre la Medicina Basada en la Evidencia y la práctica psiquiátrica en nuestro entorno. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 29, nº 104, 405-421.

Garriga Guitart. D. (2010). Del Bimaristán al hospital psiquiátrico: historia de la enfermería y la salud mental en el Islam. Madrid: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.

Gasiain Sáenz, F., Ramírez Gorostiza, A.I. (1998). Enfermería Psiquiátrica Comunitaria en Salud Mental de Álava. *Rev. Cultura de los cuidados*, 2º semestre 1998, año II, nº 4.

Germán Bes, C.:

—— (2006). *Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género*. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

—— (2014). *La revolución de las batas blancas: la Enfermería española de 1976 y 1978*. Zaragoza: Prensa Universitaria de Zaragoza.

Gervás, J. (2009). Trastornos mentales menores en Atención Primaria. La visión con un antropólogo marciano. En: Retolaza A. (Coord.). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. (p. 341-350). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Gervás, J. y Pérez-Fernández, M. (2006). *El auge de las enfermedades imaginarias*.

FMC., 13, 109-111. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/el-auge-de-las-enfermedades-imaginarias.pdf>

Giovanelli, C. (2004). Historia de los cuidados psiquiátricos en Italia. *Enferm Global - Esp.*, 2004 may; 4. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/585/607>

Gisbert Aguilar, C (coord.):

—— (2003). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. Colección Estudios nº 28. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

—— (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos técnicos, nº 6. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Gisbert, C., Hernández, M. y Márquez, F. (2006). Perspectivas de futuro en salud mental. “no hay salud sin salud mental”. En: Pérez F. (coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. (p. 329-360). Colección Estudios nº 36. Madrid: Mayoría, AEN.

Goffman E.:

—— (1999). Microsociología e historia. *Revista. Archipiélago*, nº 37.

—— (1961, 1970). *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu.

Goldberg, D. y Huxley, P.:

—— (1980). *Common Mental Disorders. A Biosocial Model*. Londres: Routledge.

—— (1990). *Enfermedad Mental en la comunidad*. Madrid: Nieva.

Gómez Beneyto, M., Asencio, A., Belenguer, M.J., Cebrián, A., Cervera, G., Llopis, V., Salazar, J. y Soria, A. (1986). Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: Un análisis de la experiencia del Hospital Psiquiátrico «Padre Jofré», de Betera (1974-1986). En Espinosa J. (coord.). *Cronicidad en psiquiatría*. (p. 237- 265). Madrid: Asociación Española de neuropsiquiatría.

Gómez de la Cámara, A. (2009). Psiquiatría basada en la evidencia. En: Palomo, T., Jiménez-Arriero, M.A., Fernández Liria, A., Gómez Beneito, M. y Vallejo Ruilova, J. (Coord.). *Manual de Psiquiatría*. (p. 945-955). Madrid: Grupo ENE.

Gómez-Bustamante, E.M. (2012). La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. *Revista. Aquichan*. Vol. 12, nº 1, 42-52.

Gómez Esteban, R. (2006). El equipo de salud mental. La primera red. En: Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A. (Coord) (2006). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. (p. 79-103). Colección estudios nº 35. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

González Álvarez, O. y Fernández Sanabria, J.A.:

—— (1980). Los hospitales psiquiátricos. En: González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 203-210). Madrid: Mayoría, AEN.

—— (1980a). La experiencia del Hospital Psiquiátrico de Huelva a través de seis documentos. . En: González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 517-532). Madrid: Mayoría, AEN.

González Cabrera, A., Bleda García, J.M., Gracia Clavero, F. y Estévez Salinas, J.A. (1987). La reforma de los servicios de salud mental en la provincia de Albacete. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 7, nº 22, 469-477.

González de Chávez M.:

— (1980). Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales. En: González de Chávez M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 13-106). Madrid: Mayoría, AEN.

— (1980). Necesidades y objetivos de la transformación psiquiátrica. En: González de Chávez M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 171-202). Madrid: Mayoría, AEN.

— (2003). La generación de la democracia: de la coordinadora psiquiátrica a la asociación española de neuropsiquiatría. *Revista. FRENIA*, Vol. 3, nº 1, 87-114.

González de Rivera, J.L., Vela Bueno, A. y Arana Arregui, J. (1980). *Manual de psiquiatría*. Madrid: Karpos.

González Duro, E.:

— (sin fecha). La crisis de la salud mental. *Boletín de Contrapsicología y Antipsiquiatría* "El Rayo que no cesa" número 3. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.sindominio.net/versus/paginas/textos/textos_00/crisis_salud.htm

— (1974). Informe sobre la asistencia psiquiátrica en España. *Cuadernos para el diálogo*, nº 55.

— (1975): *La asistencia Psiquiátrica en España*. Madrid: Castellote.

González Duro, E. (1978). *Psiquiatría y Sociedad autoritaria: España, 1939-1975* Madrid: Akal.

— (1980). Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España. En: González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 117-130). Madrid, Mayoría, AEN.

— (1982). La reforma de Jaén, entre la contradicción y la ambigüedad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 2, nº 5, 75-95.

— (1987). *Treinta años de psiquiatría en España: 1956- 1986*. Madrid: Ed. Libertarias.

— (1994). *Historia de la locura en España*. Madrid: Temas de Hoy.

— (2000). De la Psiquiatría a la Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 20, nº 74, 249-260.

—— (2014). Prácticas e ideas en el tratamiento de la locura. De la Revolución francesa al final del Nazismo. Pendiente de publicación.

González Hernández, L., González de Chávez, M.A. Inglott, R. Machado, S., Rodríguez, L.C. y Velasco M.C. (1980). Una experiencia alternativa. En: González de Chávez M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 597-618). Madrid: Mayoría, AEN.

González Núñez J. (2014). *Profesionalización y especialización en medicina*. Artículo página de la Sociedad Española de Educación para la salud. Formación y Desarrollo profesional. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.sefyp.es/actualidad-sanitaria/profesionalizacion-especializacion-medicina>

González Pardos, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza.

González Parra, S., Molina, J.D., Huertas, D., Blasco-Fontecilla, H., Mora-Mínguez, F., Pascual- Pinedo, F. (2008). Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría*, nº 2-4, Vol 71, 109-127.

Gracia Clavero, F. y Marco Arnau. I. (2014), El Hospital Psiquiátrico Infantil El Pinar de Teruel. En Fernández Doctor, A. (Coord.). *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón* (p. 171-183). Zaragoza: Ed SARP/Gráficas Vela.

Gracia Guillén, D. (1992). Desarrollo, aportación e imbricación de la enfermería en el avance tecnológico. I Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería: *La enfermería en el siglo XX. De oficio a profesión, los momentos del cambio*. Seminario Permanente en investigación en Historia de la Enfermería, E.U.E. F. y P. y Departamento de Enfermería de la U.C. de Madrid.

Granados Gámez, G. y Sánchez Bujaldón, M. (2011). *Enfermería en salud mental*. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.

Grupo Amat de Sociología (1988). *La situación de las personas con deficiencia mental en los hospitales psiquiátricos*, [informe]. Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Guillén, M.F.:

----- (1990). Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Reis*, 51/90, 35-51.

----- (1992). El sistema de profesiones: el caso de las profesiones Económicas en España. *Revista española de investigaciones sociológicas, Reis*, 59/92, 243-259.

Guimón, J. (2003). El estado actual de la asistencia psiquiátrica. En: Guimón, J., De Lasota, E. y Sartorius, N. *La Gestión de las intervenciones psiquiátricas*. (pp. 23- 44). Bilbao: Universidad de Deusto.

Guimon, J., Sota, E., Bulbena, A., Zuazo, J.I. y Pérez Simo, R. (1989). Métodos de evaluación de la política de desinstitucionalización. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. 9*, nº31, 533-548.

Guinea, R. y Casal, J.C. (2012). La voz de los usuarios: la Asociación Alonso Quijano. En: Desviat, M. y Moreno, A. (Eds.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Colección Estudios nº 47, (p. 877-884). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Gyarmati, G. (1985). *Las profesiones: dilemas, opciones y estrategias*. Chile. Corporación de Promoción Universitaria.

Hall, R.H. (1994). *Sociology of Work*. California: Pine Forge Press.

Hernández Conesa, J. (1998). *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. 2ª reimp. Madrid: Mc Graw Hill.

Hernández Martín, F. (Coord.) (1996). *Historia de la Enfermería en España, (Desde la Antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Síntesis.

Hernández Martín, F. y Pinar García, M.E. (1994). Orígenes Modernos de la Enfermería en España. La Primera Escuela de Enfermería en España. *Jano, Vol. XLVII*, nº. 1098, 55-57.

Hernández Martín, F., del Gallego Lastra, R., Alcaraz González S. y González Ruiz, J.M. (1997). La enfermería en la historia, un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados*. Año I, nº 2, 21-35.

Hernández Monsalve, M.:

----- (1998). El psiquiatra y sus circunstancias en el nuevo mercado del psicofármaco. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 18, nº 68: 729-733.

----- (1999). Editorial. *Revista Psiquiatría Pública*. Vol. 11, nº 2.

----- (2002). La rehabilitación psicosocial en la encrucijada de la reforma psiquiátrica en España. La experiencia de Madrid. En: Verdugo, M.A., López, D., Gómez, A.M. y Rodríguez, M. (coord.). *Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas*. (p. 311-326). Salamanca: Amarú.

----- (2004) La psiquiatría comunitaria. En López Ibor, J.J., Leal Cercós, C. y Carbonell Masiá, C. *Imágenes de la Psiquiatría Española*. (p. 585-602). Asociación Mundial de Psiquiatría. Barcelona: Glosa. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662002000200009&script=sci_arttext

----- (2011). Rehabilitación Psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios de Psicología*, Vol. 16, nº 3, 295-303.

Hernández Monsalve, M. y Lalucat, M. (coord.). (2007). *Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y reducción del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Cuadernos Técnicos nº 8. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN.

Hernández Padilla, M. (2010). *Discursos sobre Salud Mental, nuevas miradas a la realidad social de la atención psiquiátrica en la provincia de Jaén*. Tesis doctoral. Consejo Económico y Social de Jaén. Jaén.

Hernández Yáñez, J.F.:

----- (2010). *La enfermería frente al espejo: Mitos y realidades*. Informes técnicos. Fundación de alternativas, nº. 162. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades>

----- (2012). *Sociología de las profesiones sanitarias*. Tema 6.9. Madrid, Escuela Nacional de Sanidad. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://e-spa->

cio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500642&dsID=n6_9_Sociolog__a_de_las_profesiones_sanitarias.pdf

Hernández-Viadel, M., Cañete Nicolás, C., Lera Calatayud, G., Pérez Prieto, J.F. y Roche Millán, T. (2012). *Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo*. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:
<http://colectiumajara.files.wordpress.com/2012/10/07-05-tratamiento-ambulatorio-involuntario-en-trastornos-mentales-severos2.pdf>

Herrera Rodríguez, F. (2000). Un manual de Enfermería Psiquiátrica (1936). *Revista de Historia de la Enfermería, Híades*, nº 7, 127-133.

Heyward, H. y Vargas, M. (1972). *Anti-psiquiatría, una controversia sobre la locura*. Madrid: Fundamentos.

Hochmann, J. (1980). *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Buenos Aires: Amorrortu.

Huertas Huertas, M.C. (2006). *Tratamiento asertivo comunitario*. Artículo página web de Terapia ocupacional. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:
http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Tratamiento_Asertivo_Comunitario.shtml

Huertas, R.:

----- (1995). El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *DYNAMIS*, nº 15, 193-209.

----- (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia, revista de Historia de la Psiquiatría, Vol. I*, nº 1, 9-36.

----- (2002). *Lafora, Vallejo Nágera, Garma, los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis*. Madrid: Nivola.

----- (2002a). Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol.2*, nº 2, p. 92-106.

----- (2006). Foucault, treinta años después. A propósito del poder psiquiátrico. *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, Vol. 58*, nº. 2, 267-275.

----- (2008). *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el estado liberal*. Barcelona: Octaedro.

----- (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata.

Huertas, R. y Campos, R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 18, nº 65, 99-108.

Huertas, R., Romero, A.I. y Álvarez R. (Coord.). (1987). *Perspectivas psiquiátricas*. Col. Nuevas tendencias. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Ibáñez Pascual, F. y Pascual Menéndez, J. (2006). La familia en la continuidad de cuidados. En: Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A. (Coord.). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. (p. 443-454). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Ibáñez, M.L., Alfaya, M., Escudero, C., Navarro, A., Otero, C., Pascual, P. y Suárez, V. (2001). El reto del trabajo interdisciplinar: ¿hasta dónde hemos llegado? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 21, nº 79, 91-99.

Infante Gama, V. (2004). La masculinidad desde la perspectiva de género. En Chávez Carapia, J. del C. (Coord.). *Perspectiva de Género*. (p.57-82). México: Plaza y Valdés.

Inglot, R. (1999). La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 19, nº 70, 209-223.

Instituto Andaluz de Salud Mental, IASAM (1987). *La población psiquiátrica hospitalizada en Andalucía*. Sevilla: IASAM.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Servicios Sociales, INSERSO:

----- (1989). *Las personas con minusvalía en España: aspectos cuantitativos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO.

----- (1992). *Índices de ocupación de centros residenciales de tercera edad y minusválidos*. Madrid: Servicio de Área de Centros, INSERSO.

Irriguible Celorrio, L. (1980). El papel de los pacientes en la transformación de la asistencia psiquiátrica. En: González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 715-730). Madrid: Mayoría, AEN.

Jeremías, M. y Hidalgo, M. (1980). Movimiento de los auxiliares psiquiátricos. En: González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 773-776). Madrid: Mayoría, AEN.

Jervis, G. (1979). *El mito de la antipsiquiatría*. Barcelona: Pequeña Biblioteca.

Jiménez Estévez, J. F. (Coord.):

----- (2007). *Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007*. Web del Observatorio de Salud Mental de la AEN. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.observatorio-aen.es>

----- (2011). *Observatorio de Salud Mental. Informe descriptivo por Comunidades Autónomas del Observatorio AEN 2010 (datos actualizados a diciembre de 2009)*. Cuadernos Técnicos nº 15. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN.

Jiménez Valdés, A. (2011). Desde el manicomio a la psiquiatría comunitaria. *Revista Mente y Cerebro*, nº 48, p. 9.

Jiménez Villarejo, J. (1980). Legislación vigente en torno al internamiento psiquiátrico. En González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 381-390). Madrid, Mayoría, AEN.

Jordá Moscardó, E., Espinosa Iborra, J. y Gómez-Beneyto, M. (1986). Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiátricos españoles. En Espinosa, J. (Ed.). *Cronicidad en Psiquiatría*. (121- 235). Madrid: Mariar, AEN.

Jorquera, V. (2001). *A propósito de "Historia de la Locura en la Época Clásica de M.Foucault: de la psicologización de la locura a la objetivación del individuo*. Boletín de Contrapsicología y Antipsiquiatría "El rayo que no cesa". Anuario, Barcelona. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

http://www.sindominio.net/versus/paginas/textos/textos_00/hist_locura_1.htm

- Joseph, I. (1999). *Erving Goffman y la microsociología*. Barcelona: Gedisa.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1989). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. y Thornicroft, G. (2007). *Salud Mental en Europa: políticas y práctica, líneas futuras en salud mental*. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Lagares Rojas, F. M., Vidal Monserrat, J., Reina Espejo, J., Gómez Lage, E., Fernández de la Cuesta, I. y Quintero Gómez, R. (2004). Competencias profesionales del enfermero especialista en salud mental: una apuesta de calidad. Actas del XXI Congreso nacional de enfermería de salud mental. *El saber enfermero: un marco de acción*. 2004; Bilbao: Osakidetza-Servicio Vasco de salud.
- Laing, R.D.:
----- (1973). *Antipsiquiatría y contracultura*. Madrid: Fundamentos.
----- (1974). *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laing, R.D. y Cooper, D.G. (1972). *Razón y violencia*. Argentina: Paidós.
- Laplanche, F. (1979) *Introducción a la etnopsiquiatría*. Barcelona: Gedisa.
- Larson, M.S. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley, California: University of California Press.
- Las Heras, K. y Vil, M.C. (1988). Pacientes psiquiátricos de larga estancia no Sanatorio Psiquiátrico de Conxo: Situación Social. *Siso Saudades*, 12, 87-120.
- Lázaro, J.:
----- (1995). Historia de la psiquiatría española y portuguesa. En: Vidal, L.G. Alarcon, R.D. y Lolas, F. (Eds.). *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. (T. 2, p.728-731). Buenos Aires: Panamericana.
----- (2000). *La evolución de la psicopatología española en el siglo XX*. Congreso Virtual de Psiquiatría Marzo 2000. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_b.htm

Lázaro, J. y Bujosa, F. (2000). *Historiografía de la psiquiatría española*. Madrid: Triacastela.

Leal Rubio, J. (1997). Aproximación a una lectura institucional de los Servicios de Salud Mental. En Leal, J., (Coord.). *Equipos e instituciones de Salud (mental); Salud (mental) de equipos e Instituciones*. Madrid: AEN.

Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A. (Coord.) (2006). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Colección estudios nº 35. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Leff, J.:

----- (1993). Evaluating the transfer of care from psychiatric hospitals to district-based services. *British Journal of Psychiatry*, 162, (suppl.19), 6.

----- (2000). Calidad de vida de los pacientes dados de alta de los hospitales psiquiátricos. En Katsching, H., Freeman, H. y Sartorius, N. *Calidad de vida en los trastornos Mentales*. (p.231-242). Barcelona: Masson.

Lehman, A. (2000). Instrumentos para medir la Calidad de Vida en los trastornos Mentales. En Katsching H. Freeman H. Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos Mentales*. (p. 77-92). Barcelona: Masson.

Lemus, V. y Alonso, C. (2005). *Sobre la enfermería y el trabajo social en Salud mental*. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Invierno 2005.

Lezcano Barbero, F. (2003). *Análisis de necesidades de las personas con enfermedad mental grave y prolongada usuarias de la red pública de asistencia psiquiátrica y salud mental de Castilla y León*. Tesis doctoral. Universidad de Burgos. Burgos.

Linares, I., Hernández, H., Castrodeza, J.J., Negueruela, E. y De la Gándara, J.J. (2002). ¿Cómo son los pacientes reingresados? Un estudio descriptivo en Psiquiatría de Hospital General. *Anales de Psiquiatría Vol. 18*, nº2, 78-86.

Linares, J.L. (1980). La reforma asistencial en el Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona. En González de Chávez M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 503-516). Madrid: Mayoría, AEN.

- Lonjedo Monzo, J., Gómez Beneyto, M. y Sala Such, E (1991). Estudio de la mortalidad en el Hospital Psiquiátrico Padre Jofre de Betera (Valencia). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 11, nº 38, 181-186.
- López Álvarez M. (1998). Bases de una nueva política en salud mental. En García González J. Espino Granado A. y Lara, L. (Eds.). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. (p 29-46). Madrid: Díaz de Santos.
- López Ibor, J.J. (2008). La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 36, nº 1, 1-9.
- López, M., Benítez, F., Rodríguez, M.J. y Waisman, L.C. (1998). Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía (1985-1995). En García, J., Espino, A. y Lara, L. (Eds.). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. (p 101-116). Madrid: Díaz de Santos.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 28, nº 101, 43-83.
- López, M., Fernández, L., Laviana, M.A., Aparicio, A., Perdiguero, D. y Rodríguez, A.M. (2010). Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 30, nº 106, 219-248.
- López, M., Laviana, P. y García-Cubillana, P. (2006). Las grandes líneas asistenciales. Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En. Perez F (Coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. (p 239-273). Colección Estudios nº 36, Madrid: Mayoría, AEN.
- López, M., Laviana, P., García-Cubillana, P., Fernández, L., Moreno, B. y Maestro, J.C. (2005). Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (II): características de los dispositivos residenciales. *Revista Rehabilitación Psicosocial*, Vol. 2, nº. 1, 16-27

López Piñero, J.M. (2002). Las especialidades médicas. En López Piñero, J.M. y Sánchez Granjel, L. (Eds.). *La Medicina en la Historia*, (p. 321-338). Madrid: Esfera de los libros.

Lozano Alonso, R. (2009). Los cuidados enfermeros en el manicomio. El relato biográfico de una enfermera en Psiquiatría. *Temperamentvm 2009*, 10. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn10/t0124.php>

Lozano Serrano, C., Ortiz Lobo, A., González Juárez C. (2014). Tratamiento y uso de recursos en salud mental de pacientes sin patología. ”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 34, nº 122, 267-281.

Machado, M.H. (1991). Sociología de las Profesiones: Un nuevo enfoque. *Revista Educación Medicina y Salud*, Vol. 25, nº 1, p. 30.

Maestro Barón, J.C. y Jiménez Estévez, J.F. (2002). Las necesidades de hospitalización prolongada. *Monografías de psiquiatría*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/atprimaria_y_sm/las-necesidades-de-hospitalizacion-prolongada/

Maestro Barón, J.C. y Jiménez Estévez, J.F. (2004). Nuevas respuestas a las necesidades de hospitalización prolongada. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, Vol. 4, nº 2, 175-194.

Malone, D., Newron-Howes, G., Simmonds, S., Marriot, S. y Tyrer P. (2008). Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Malvárez, S.:

----- (2002). Promoción de la salud mental: bases teóricas y estratégicas. Ponencia. III Congreso Virtual Mundial de Psiquiatría. Mesa sobre *Educación y Promoción de la Salud Mental en los Cuidados de enfermería*. Interpsiquiquis. Congreso Virtual de Psi-

quiatria.com. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2009>
----- (2011). Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de Enfermería. *Revista Iberoamericana de enfermería comunitaria*. Vol. 4, nº 2. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:
<http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/238/RIdeC.v4n2.22.Especialidades-2.pdf>

Marcos del Cano, M. y Topa Cantisano, A.M. (2012). *Salud Mental Comunitaria*. Madrid: UNED.

Marcuello-Servós, Ch. (2014). Social work education and the Bologna Process. *International Social Work* 2014 Vol. 57 (6), pp. 566-575. Originally published online 15 October 2012.

Marcuello-Servós, Ch. Boira Sarto, S. Hernando Rica, A. (2012). Trabajo Social, conocimiento y complejidad. En: Sobremonte de Mendicuti, E. (Ed.) (2012). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social*. (p. 247-255). Serie Maior, Vol. 13. Bilbao. Universidad de Deusto.

Marina González, P.A. (2014). ¿Qué enfermedades tratan los psiquiatras? *Revista Norte de salud mental*, Vol. XII, nº 50, 35-41.

Márkez, I.:

----- (Coord.) (2000). *Atención Comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV*. Vizcaya: Ararteko/Defensor del Pueblo Vasco.

----- (2001). *Editorial. Revista Norte en Salud Mental*, Vol. IV, nº 11, 7-8.

Markez, I., Póo, M., Ariño, J., Córdoba, S., Merino, C. y Romera, C. (2000). *Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental*. Bilbao: ARARTEKO.

Martín Zurro, A., Palet Ferrero, X. y Sola Bas, C. (1989). El equipo de Atención Primaria. En Martín Zurro A y Cano Pérez JE. (Coord.) *Manual de Atención Primaria*, 2ª ed. (p. 29-39). Barcelona: Doyma.

Martín, J. y De Miguel, A. (1982). *Sociología de las profesiones*. Madrid: C.I.S.

Martínez Azumendi, O.:

----- (1986). La atención psiquiátrica en Inglaterra. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 6, nº 19, 159-607.

----- (1993). La reforma del Servicio Nacional de Salud Británico y tendencias en Salud Mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 13, nº 45, 130-135.

----- (2004). Asistencia psiquiátrica sectorizada en las tres últimas décadas. Efectos sobre los ingresos del Área Uribe Costa en Vizcaya. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 24, nº 92, 53-68

----- (2005). Periodistas y reporteros gráficos como agentes de cambio en psiquiatría. Imágenes—denuncia para el recuerdo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 25, nº 96, 9-28

Martínez Larrea, J.A. (2002). Sobrecarga de los familiares en el tratamiento de los pacientes con trastornos esquizofrénicos. *Revista Informaciones Psiquiátricas*, segundo trimestre, 2002, nº 168. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/02_168_indice.htm

Martínez Miguélez, M. (2001). La lógica dialéctica en el proceso de la investigación científica. *Anthropos* Vol. 43, 7-38.

Martínez, J.R. (1996). Enfermería: opina la sociedad. *Revista Enfermería Científica* 1996, p. 170-171.

Mellor Marsá, B. y Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 29, nº 1, 217-228.

Mena Jiménez, A.L. y Bono del Trigo, A. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 30, nº 108, 597-611.

Menéndez Osorio, F.:

----- (1980). Psiquiatría infantil en España y la historia de una marginación. En: González de Chávez, M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 297-304). Madrid: Mayoría, AEN.

----- (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 28, nº 65, 145-150

----- (2005). Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, Vol. 25, nº 95, 69-81.

----- (2012). La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual. De la biografía a la biología. De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos. ¿Qué es la evidencia en salud mental? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 32, nº 115, 547-566.

Mestres Beltrán, M. y Pellegrero N. (1997). El Área de Salud Mental: estructura y organización. Unidades de Salud Mental. Funciones del Trabajador Social. La coordinación con la Atención Primaria de Salud. *Revista de trabajo social*, nº 145, 132-139.

Mila, M. (1986). La mujer en la guerra: Enfermeras. En Mila, M. (Coord.) (1986): *Los médicos y la medicina en la guerra civil española*, Madrid: Beecham.

Ministerio de Sanidad y Consumo:

----- (1984). Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE núm. 27, de 1 de febrero de 1984, páginas 2627 a 2629.

----- (1985). Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. BOE. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo

----- (1985a). *Guía para la Elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud*. Colección: Atención Primaria de Salud, 1ª Edición, Vol. IX. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

----- (1994). *Encuesta Nacional de Salud Mental. Informe Evolutivo años 1991-1994*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

----- (1995). *Sistema Nacional de Salud: servicios de salud, datos y cifras*. 2ª edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

----- (1996). *Encuesta Nacional de Salud Mental. Informe Evolutivo años 1995 y 1996*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

----- (2003). Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 del 19 de noviembre. En Boletín Oficial del Estado 280 del 21 de noviembre. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

----- (2005). *La atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social*. Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985. Toledo. Espino Granado A (coord.). [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf

----- (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

----- (2008). *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*. Evolución 2000-2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCRI2008.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Organización de la Salud Mental. Instituto de Información Sanitaria y Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/141/SIAP.%20Atenci%C3%B3n%20a%20la%20Salud%20Mental,%20abril10.pdf>

Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. (2006). *Encuesta Nacional de Salud de España*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

Miralles, E. (1999). *Corrientes y tendencias en la salud mental española. Análisis bibliométrico de la revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Murcia

Miralles, F. y Espinosa, J. (1980). El Hospital Psiquiátrico de Bétera. En: Manuel González de Chávez, M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 533-546). Madrid: Mayoría, AEN.

Molina Martín, J. (2003). El papel del Hospital de Larga Estancia en el proceso de Rehabilitación. *Revista Norte de Salud Mental*, nº 17, 7-13.

Montejo, J. y Espino A. (1998). Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España. En García, J. Espino, A y Lara, L (Eds.). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. (p. 363-87). Madrid: Díaz de Santos.

Moreno Küstner, B. (2002). *Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada.

Morera, B., Hueso, V. y Martínez, L. (2001). Conductas violentas y enfermedad mental: predicción y abordaje en pacientes hospitalizados. *Archivos de Psiquiatría*, Vol. 64, nº2, 137-154.

Morey M. (1978). *Sexo, Poder, Verdad. Conversaciones con Michel Foucault* (p. 9-65). Barcelona: Materiales.

Moya, J. (1999). La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 19, nº 72, 693-702.

Muñoz García, J.J., Manzano Callejo, J.M., De la Hera Cabero, M.I., Rivera Villaverde, A., Chamorro García, L. y Plaza Zamora, P. (2011). Rehabilitación psiquiátrica en un hospital de cuidados psiquiátricos prolongados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol.31, nº.4, p. 615-629.

Muñoz Zaragoza, B. (2012). *Proceso de especialización de la enfermería psiquiátrica en España*. Trabajo fin de Master. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo M. y Guillén A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: U. Complutense.

Múzquiz, A. y de la Mata Ruiz, I. (2012). Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica psiquiátrica. En Desviat, M. y Moreno A. (Eds.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. (p 155-168). Colección Estudios nº 47. Madrid: AEN.

Natta Vera, N. (2004). De la locura. Psicología. *Revista Internacional On-Line*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/774>

Navarro Susaeta, P. y Díaz Martínez, C. (1995). Análisis de contenido. En: Delgado, J.M. y Gutiérrez Fernández (Eds.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (p. 177-224). España: Síntesis.

Nicolescu, B. (2002). *A New Vision of the World: Transdisciplinarity. (Una nueva visión del mundo: La Transdisciplinarietà)*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://ciret-transdisciplinarity.org/transdisciplinarity.php#en>

Nogales Espert, A.:

----- (2001). La enfermería y el cuidado de los enfermos mentales en el s. XV. *Cultura de los Cuidados Digital*. 2001; 9. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.indexf.com/cultura/9/9_articulo_15-21.php.

----- (2004). La enfermería y la salud mental: un enfoque histórico. *Revista Española de Drogodependencias*. 2004; 29(1-2):9-22.

Olabarría González, B. (1996). Editorial: La psicología clínica como especialidad sanitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 16, nº 57, 3-4

OMS (Organización Mundial de la Salud):

----- (1953). *The Community Mental Hospital*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

----- (1961). Preparación de programas de higiene mental: décimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Ginebra 1961. Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos, nº. 223. Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/38076#sthash.qbEpJ56w.dpuf>

----- (1965). *La enfermera en las actividades de salud mental*. Conferencia técnica Copenhague noviembre 1961: Organización Mundial de la Salud.

----- (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, 6-12 de septiembre: Organización Mundial de la Salud.

----- (1978a). *The Future of Mental Hospitals* (working report). Copenhague: WHO Regional Office for Europe: Organización Mundial de la Salud.

----- (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: Organización Mundial de la Salud.

----- (1988). *II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Políticas públicas favorables a la salud*. Adelaida: Organización Mundial de la Salud.

----- (1990). *La introducción de un componente de Salud Mental en Atención Primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

----- (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

----- (2001a). *Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

----- (2002). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

----- (2005). *VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. Bangkok: Organización Mundial de la Salud.

----- (2005a). *Conferencia Ministerial Europea de la OMS*. Helsinki: Organización Mundial de la Salud.

----- (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Sí a la atención, no a la exclusión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

----- (2006a). *Informe sobre Salud en el Mundo Colaboremos por la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf.

----- (2008). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Oncins Mur, F.J., Estebán Rodríguez, E., Gómez Bernal, G. y Gómez Chagoyen, B. (2014), El Hospital Psiquiátrico San Juan de Díos de Teruel. En: Fernández Doctor, A. (Coord.). *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón* (p. 101-128). Zaragoza: Ed SARP/Gráficas Vela.

ONU. (2000). *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.

Ortega Aladrén, O. (2012). *¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría?* Trabajo Fin de Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina. Universidad de Zaragoza. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:
<http://zaguan.unizar.es/TAZ/MED/2012/8593/TAZ-TFM-2012-610.pdf>

Ortega Fernández, J.A. y Esteban Arnáiz, R. (1980). El Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1974-1978). En González de Chávez, M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 571-580). Madrid: Mayoría, AEN.

Ortiz Lobo, A. (2011). Editorial. El significado de las demandas “menores” en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 31, nº 112, 609-611.

Ortiz Lobo, A. y Murcia García L. (2009). La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En Retolanza, A. (Coord.). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. (p.179-193), col. Estudios nº 41. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Ortiz Lobo, A., García Moratalla, B. y Lozano Serrano, C. (2009). Las consultas sin patología en salud mental. En Retolaza, A. (Coord.). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. (p. 97-107), col. Estudios nº 41. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Ortiz Lobo, A., González González, R. y Rodríguez Salvanés, F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Revista Atención Primaria*, Vol. 38, nº10, 563-569.

Pacheco Borrella, G.:

----- (2000). *Presente y futuro de las enfermeras de salud mental*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa57/conferencias/57_ci_b.htm.

----- (2001). *Enfermería en salud mental: Proyectos de futuro en el Sistema Nacional de Salud*. Conferencia de clausura II Jornadas de enfermería de SM, mayo 2001, Jaén.

----- (2004). . Del manicomio a la comunidad: relato de una experiencia profesional. *Evidentia* 2004 may-ago, 1(2). [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.index-f.com/evidentia/n2/21articulo.php>

----- (2005). Entrevista a D. Marciano Tomé Alonso, Presidente de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. *Revista Presencia*. 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n1/12articulo.php>

----- (2006). Enfermero interno residente (EIR): las especialidades como distintivo categórico de una profesión. Actas de las XXIV sesiones de trabajo de la asociación española de enfermería docente: *25 años de la enfermería en la Universidad (1978/79-2002/2003)* Madrid: Asociación Española de Enfermería Docente.

Pacheco Borrella, G. y Medina Pérez, A. (2001). *Importancia de los valores y creencias en un proceso de enfermería culturalmente competente*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/importancia-de-los-valores-y-creencias-en-un-proceso-de-enfermeria-culturalmente-competente/

Palomo, C. (Coord.) (2000). *Formación especializada en Salud Mental*. Cuadernos Técnicos nº 5. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN.

Palomo, T. (2000). Desarrollo de la Formación en Psiquiatría durante los próximos años. *Revista Psiquiatría. Com.* Vol. 4 nº 2. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/552>

Palomo, T. Jiménez-Arriero, M.A., Fernández Liria, A., Gómez Beneito, M. y Vallejo Ruilova (coord.) (2009). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Grupo ENE.

Panaia, M. (2008). *Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Parsons T.:

----- (1967). *Ensayos de teoría sociológica*. Buenos Aires: Paidós.

----- (1979). *Las profesiones liberales*. Enciclopedia Internacional de la Ciencias Sociales. Madrid: Aguilar.

Pedre, M., Pita, M. y Valiño, C. (2004). Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. *Asociación Española de Enfermería Urológica*, nº 89, 32-33.

Pedreira Massa, J. (1980). Aproximación a la situación actual de la asistencia psiquiátrica. En González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 157-168). Madrid: Mayoría, AEN.

Perestelo Pérez, L., Rivero Santana, A.J., González Lorenzo, M. y Pérez Ramos, J. (2007). *Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Pérez Sanfélix, F., Traver Torras, F., Martínez Freañ, E., Sánchez García, E., Peris Raurell, P. y Cernada García (1980). Unidades psiquiátricas de hospitales generales. En: González de Chávez M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 211-226). Madrid: Mayoría, AEN.

Pérez, F. (Coord.) (2006). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Colección Estudios, nº 36, Madrid: Mayoría, AEN.

Pichot P. (1983): *Un siglo de psiquiatría*. París: Ed. Roger Dacosta.

Pileño Martínez, M.E., Morillo Rodríguez, F.J., Salvadores Fuentes, P. y Nogales Espert, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Revista Cultura de los cuidados*, Año VII, nº 13, 29-35.

Piñero Ramírez, J.L., Méndez Marín, A. y Murillo Esteve, J.R. (1980). El movimiento de los auxiliares en el Hospital Psiquiátrico de Sevilla. En: González de Chávez M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 619- 640). Madrid: Mayoría, AEN.

Poletti, R.:

----- (1981). Los cuidados de enfermería para el siglo venidero. Congreso Internacional de Enfermería (17º. 1981. Los Ángeles). *Revista Rol de Enfermería*, nº 41, 17-19.

----- (1982). El rol del enfermero psiquiátrico. Jornadas de Enfermería Psiquiátrica (1981. Barcelona), *Revista Rol de Enfermería* nº 48, 11.

Porroche Urtiaga, C. y Mir Ramos, E. (2010). La Enfermería de Salud Mental y el Centro Asistencial "El Pinar" de Teruel. Evolución histórica en la España del s. XX. *Temperamentvm*. 2010; 6(12). [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn12/t7187.php>

Porter, R. (1989). *Historia social de la locura*, Barcelona: Crítica.

Prados García, M.A., Morales Romero, A. y García Marcos, J.F. (2010). Del manicomio a la salud mental comunitaria en Andalucía. *Revista Temperamentvm* 2010, nº 12. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn12/t7505.php>.

Prieto Rodríguez, M.A. (2002). Relaciones de empleo en enfermería. *Metas de enfermería*, nº 43, 62-65.

Quesada González, C. y Fernández Barrio, E. (2010). Historia de la psiquiatría. En *Manual del Residente*. Madrid. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: www.unioviado.es/psiquiatria/.../TOMO_I_Residente_en_Psiquiatria.pdf

Quintaros Domínguez, S. (2012). *Enfermería de oficio a profesión, 150 años de desarrollo profesional*. A Coruña: Diferente.

Ramió Jofré, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera*. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales Universidad de Barcelona. Barcelona.

Rapaille, G.C. (1972). *Laing y la antipsiquiatría*. Barcelona: Univesitaires.

Real Villarreal, M.A. (2002). Sociología de la profesión de Graduado Social. Tesis doctoral. Departamento de Sociología y Teoría de la Educación Universidad de Alicante. Alicante.

Recuero Vázquez M. Gómez Hontanaya R. Hernández Gómez CI. Muñoz Rastrilla S. (2014). Imagen social de las enfermeras: percepción de los futuros periodistas. *Revista Metas de Enfermería*, nº 6, julio 2014. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80621/>

Reina Alonso, K. N., Rueda Ruiz, I. y Brizuela Domínguez, R. (2004). Pasado, presente y futuro de enfermería de salud mental. Actas del XXI Congreso nacional de enfermería de salud mental. *El saber enfermero: un marco de acción*. Bilbao: Osakidetza-Servicio Vasco de salud

Ramírez, J., Pereda, E., Delgado, H. y Delgado M. (2010). Enfermería y futuro: su evolución, ¿credibilidad? *ENFURO: Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología*, nº 113, 15-18.

Rendueles Olmedo, G.:

----- (1980). Contrarreforma en el Hospital Psiquiátrico de Gerona. En González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 567-570). Madrid: Mayoría, AEN.

----- (1980a). La psiquiatría asilar española. En González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 131-150). Madrid: Mayoría, AEN.

----- (1983). Demanda, respuesta y modelo subyacente en la asistencia neuropsiquiátrica de la Seguridad Social española. *Revista Clínica y análisis grupal*, nº 33, abril-junio 1983, 202-218.

----- (1997). De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría: De conspiradores a burócratas. En Aparicio, V. (Coord.). *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*. (p. 287-309). Madrid: Libro del Año.

----- (2004). *Egolatría*. Oviedo: Fundación Benito Feijoo.

----- (2006). ¿Necesito psiquiatra o comité de empresa? *Revista Norte de Salud Mental*, Vol.6, nº 23, 33-46.

----- (2009a). Coger la Cita: Castilla del Pino y López Ibor. *Revista Norte de Salud Mental*, Vol. 8, nº 34, 4.

----- (2009b). Construyendo trastornos psiquiátricos, quejicas, simuladores, ventajistas. En Retolaza, A. (Coord.). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. (p. 351-381). Colección. Estudios nº 41. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Rendueles, G. y Castell, C. (2006). *Pensar y resistir: la sociología crítica después de Foucault*. Círculo de Bellas Artes. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://books.google.es/books?id=A_4XUH2Ooq4C&dq=la+coordinadora+psiquiatrica&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Retolanza, A., Cabrera, A. y Terradillos, M. (2006). Tras dos décadas de la reforma: ¿Dónde estamos? En Pérez F. (Coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Colección Estudios nº 36, (pp. 201-232), Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Retolaza, A.:

----- (2004). ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la Atención Primaria y el estigma del manicomio. *Rev. Norte de Salud Mental*, nº 19,49-57.

----- (2009). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Colección. Estudios nº 41. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Rey Ardid, R. (1964). *Psicología Médica*. Zaragoza: Editorial Heraldo de Aragón, p. 41-44.

Rigol Cuadra, A. (2006). ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental? *Revista Presencia* 2006 jul-dic; nº2,4. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en <http://presencia/n4/55articulo.php>

Rigol Cuadra, A. y Ugalde Apalategui, M. (2000). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Barcelona: Masson.

Rivas Guerrero, F. (2003). La psicosis en la comunidad y el espacio socio-sanitario: Nuevos retos y nuevos protagonistas para la vieja reforma psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 22, nº 85, 59-73.

Rivas Padilla, E.:

----- (1978). Dinámica del cambio en la institución psiquiátrica. *En Alternativas a la asistencia psiquiátrica*. (p. 25-38). Madrid: Akal.

----- (1980). Análisis de la experiencia de cambio en las clínicas psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria Provincial de Madrid. En González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 457-502). Madrid: Mayoría, AEN.

Rodríguez Jaramillo, A. (2001). *La Ontología del presente. M. Foucault lector de Kant, Habermas Lector de Foucault*. Praxis Filosófica, nº 13, [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10893/1835/pag%209-26.pdf?sequence=1>

Rodríguez Olalla, J., Ruiz Rodríguez, A., Pérez Méndez, J.L., López Alanís, M.C., Moya Corral, P. y Cano Valero, M. (2012). El deseo y el poder: problemas del discurso de la medicina basada en la evidencia aplicado a salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 32, nº 114, 305-320.

Rodríguez Pulido, F. (Ed.) (2011). *La recuperación de las personas con TMG. Modelo de red de redes*. Madrid: AEN. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:

http://ome-aen.org/files/2013/12/LIBRO_LA_RECUPERACION_DE_LAS_PERSONAS_CON_TMG.pdf

Rodríguez, A. y Bravo, M.F. (2003). La atención a las personas con trastorno mental grave en la historia: la reforma psiquiátrica y el desarrollo del modelo de atención comunitario. En Gisbert Aguilar, C. (Coord.). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental severo*. (p. 27-48). Colección Estudios nº28. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Rodríguez, J.A. y Guillén, M.F. (1992) Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Reís, Revista de investigaciones sociológicas*, Vol. 59, nº 92.

Rodríguez-Blázquez, C., Salvador-Carulla, L., Romero, C. y Atienza, C. (1999). Necesidades de atención a personas con retraso mental y trastornos psiquiátricos en España. Ponencia presentada a las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad dentro del Simposio “*Programas de atención para personas con retraso mental y problemas psiquiátricos*”, Salamanca, 18, 19 y 20 de marzo de 1999. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:
<https://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp2.pdf>

Roig Salas, A., Moreno, A., Díez Fernández, M.E., Hernández Monsalve, M., Leal Rubio, J. y Santos Urbaneja, F. (2014). Comentario sobre el proyecto de modificación del código penal en relación a las medidas de seguridad. Grupo de “ética y legislación” Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 34, nº 121, 149-172.

Rojo, C. (1980). Movimiento ciudadano y salud mental. En: González de Chávez, M. (Coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 731-734). Madrid: Mayoría, AEN.

Romero, G. (2014). Recursos humanos sanitarios: una foto fija inaltda, ¿e inalterable? *Diario Enfermero*, diciembre 2014. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en:
<http://diarioenfermero.es/recursos-humanos-sanitarios-una-foto-fija-inalterada-e-inalterable/>

Rosen, G.:

----- (1974). *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza Universidad.

----- (2006). *La Evolución de la Asistencia Psiquiátrica*. Madrid: Alianza Universidad.

Rotelli, F., de Leonardis, O. y Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 7, nº 21, 166-169.

Roudinesco, E. (1996). *Lecturas de la Histoire de la folie (1961–1986). Introducción, Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Buenos Aires: Paidós.

Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. Cui-cuilco, *Revista de Escuela Nacional de Antropología e Historia, Vol.16*, n°45, (enero-abril, 2009), 163-189.

Saforcada, M., Mira, E. y Rodríguez Arias, B. (1926). Enseñanza de la Psiquiatría y de la Neurología (1926). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. 20*, n° 75, 177-179.

Salamanca Castro, A.B. (2006). La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. *Nure Investigación*, n° 24, Septiembre-Octubre 06.

Salas Segura, S., Rubio Domínguez, S. y Zarate Grajales, R. (2012). La Profesionalización en Enfermería. *Revista Enfermería Colombia*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-34/enfermeria3400-profesionalizacion>.

Salvador Sánchez, I.:

----- (Coord.) (2003). *El Observatorio de Salud Mental. Análisis de los recursos de salud mental en España*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN.

----- (Coord.) (2007). *El Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la Atención a la Salud Mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005*. Cuadernos Técnicos n° 7. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN.

Salvador-Carulla, L (1997). *¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional*. Revista Psiquiatría.com, 1998, Vol. II, n° 3. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en http://psiquiatría.com/psiquiatria/vol2num3/artic_4.htm

Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J.L., Muñoz, P., Gómez-Beneyto, M. y Torres, F. (2002). *La Salud Mental en España. ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?* Informe SESPAS 2002. Capítulo 15. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2002/cap15.pdf>

Salvador-Carulla, L., Torres, F., Johnson, S., Kuhlmann, R., Vázquez-Barquero, J.L. y Beecham, J. (1997). Versión española del “European Service Mapping Schedule” (Diagrama Europeo de Servicios). *Archivos de Neurobiología*, Vol. 60, 163-169.

San Emeterio, M. (2006). Continuidad asistencial en los circuitos psiquiátricos. En Leal J. Escudero A. (coord.). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. (p. 117-130). Colección Estudios nº 35. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN.

San Martín, J., Arteaga, J.M. y López de Foronda, F. (1992). *Los psiquiátricos: situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos*. Vitoria: Instituto Ararteko- Fundación OMIE.

Sandín Esteban, M.P.:

----- (2000). Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, Vol. 18, nº 1, 223-242.

----- (2003). *Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones*. Madrid: Mc Graw Hill.

Saraceno, B. (1999). *Libertando Identidades: Rehabilitación y Ciudadanía*. Río de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá Editora. Traducción de la edición italiana «La fine dell'intrattenimento», Etas Kumps.

Scheff, T.J. (1973). *El rol del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

Scherzer, A. (1994). *La familia Grupo Familiar e instituciones. Desde la práctica hacia la salud*. Montevideo: Banda Oriental. 2 tomos.

Senet, R. (2000). *La corrosión de carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

Servicio Madrileño de Salud. Oficina regional de Coordinación en salud mental (2012). *Manual de procedimientos de Enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica*. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. [Últi-

ma consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>

Siguan, M. (1991). *Un siglo de psiquiatría en Cataluña 1835-1936*. Publicado por anuario de psicología. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64678/88705>.

Siles González, J.:

----- (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.

----- (1999a). Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Revista Index de Enfermería*, nº 24-25, 25-31.

Siles González, J. y García Hernández, E. (1996). Origen histórico de la profesionalización de los cuidados mentales: los practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricas. *Revista Enfermería científica*, nº 174-175, 49-53.

Siles, J., Cibanal, L., Vizcaya, F., Solano, C., García, E. y Gabaldón, E. (2001). De la custodia a los cuidados: Una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. *Revista Cultura de los Cuidados*, Año V, nº 9 (1. semestre 2001), 27-33.

Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana (2003). Informe especial. *Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y sus familias*. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.elsindic.com/va/informes-especials.html>

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. (2002). *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Informe SESPAS. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: http://www.sespas.es/ind_lib06.html

Sola, J. (1980). Gobierno y partidos políticos (la dinámica y los instrumentos de la transformación psiquiátrica). En González de Chávez, M. (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (p. 777-782). Madrid: Mayoría, AEN.

Solé Puig, J.R. (1983). Función del psiquiatra en el hospital general. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, Vol. 10, nº 1, 53-59.

Solórzano Sánchez, M., Rubio Pilarte, J. y Camaño Puig, R. (2003). Enfermería y Cruz Roja: vidas paralelas. *En La Enfermería Profesional*. VI Congreso Nacional y I Internacional de Historia de la Enfermería. Libro de Actas. Alcalá de Henares, Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, 104-110.

Szasz, T. (1961,1976, 1994, 2008). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Buenos Aires: Paidós.

Tizón García, J.L. (1980). Siete tesis sobre la organización de unos servicios comunitarios de salud mental. *Informaciones psiquiátricas*, Vol. 79, nº 2, 89-98.

Tizón García, J.L. (1992). *Atención Primaria en salud mental y salud mental en Atención Primaria*. Barcelona: DOYMA.

Tizón, J.L., Bermejo, J. y Garre, A.:

----- (1981). Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de neuropsiquiatría de zona del INSALUD (1). *Rev. Informaciones psiquiátricas*, Vol. 83, 143-167.

----- (1981a). Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de neuropsiquiatría en zona del INSALUD (2), *Rev. Informaciones psiquiátricas*, Vol. 84, 255-271.

Torres Escobar, F. (2013). Los Prados: la particular historia de la psiquiatría giennense. *Boletín. Instituto de Estudios Gienenses*. Enero-Junio. 2013, nº 207.

Torres González, F.:

----- (1992). La Reforma Psiquiátrica en Andalucía, España: Descripción del proceso de transformación de la atención de base manicomial en comunitaria. En Levav, I. (Ed.). *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. 1ª ed. (p. 329-344). Washington DC: Ediciones OPS.

----- (2012). *La reforma psiquiátrica española en perspectiva: logros y pendientes a la hora de la crisis*. Conferencia, Medwave. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/puestadia/Conferencias/5543>

Ullesperger, JG. (1954). *La Historia de la Psicología y la Psiquiatría en España*. Barcelona: Alhambra.

Universidad Complutense de Madrid y Obra Social Caja Madrid (2003). *Estigma y Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmación que sufren las personas con enfermedad*. Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007: Comunidad Autónoma de Madrid.

Urteaga, E. (2008). En Lan Harremanak. Ejemplar dedicado a: Empleo y cuidados familiares. *Revista E.U. de Relaciones Laborales de la Universidad del País Vasco*, nº 18, 169-198.

Vaccari Jiménez, P.L. (2013). *El fin del manicomio en los tiempos del neoliberalismo: construcción y problematización de la desinstitucionalización psiquiátrica*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Valenciano Gaya, L.:

----- (1977). *El Dr. Lafora y su época*. Madrid: Morata.

----- (1981): Dos notas sobre historia de la psiquiatría en España, *Estudios de Historia Social*, nº16-17, 41-48.

Vallejo Jiménez, F. (1997). Características funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental. En Leal, J. (Coord.). *Equipos e Instituciones de Salud (Mental), Salud (Mental) de equipos e instituciones*. Colección Estudios nº 21. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Vallejo Ruiloba, J. (2012). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (1976). Psicoanálisis y control social. *Negaciones*, Diciembre 1976, nº 2, 151-163.

Vargas, M.L. (2005). Inserción residencial y enfermedad mental: un reto socio-sanitario (editorial). *Revista Rehabilitación Psicosocial*, Vol. 2, nº 1,1.

Varios autores. El papel del Auxiliar Psiquiátrico dentro de la transformación de la asistencia psiquiátrica. Conclusiones V Congreso de 1981 Nacional de Auxiliares psiquiátricos en La Rioja. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 1, nº 0, 115-124.

Vásquez Rocca, A.:

----- (2002). En reseña/resumen de breve historia de la locura de Roy Porter. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.indabook.org/d/HISTORIA-DE-LA-LOCURA-Roy-Porter-Breve-historia-de-la.pdf>.

----- (2011). Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, Universidad Complutense de Madrid, Vol. 1, nº 31, 321-338. [Última consulta septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/nomadas/31/adolfovasquezrocca.pdf>

Vázquez, M., Casals, J., Aguilar, P., Ramírez, M., Gómez, M. y Villarín, V. (1997). Percepción por el usuario de la imagen de enfermería. *Revista Enfermería Clínica*, nº7, 105-111.

Vázquez-Barquero, J.L. (Editor). (1998). *La enfermedad mental en Atención Primaria, una perspectiva general*. Madrid: Aula Médica.

Vázquez-Barquero, J.L., García, J. y Torres González, F. (2001). Spanish Psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nº 104 (Supl. 410), 89-95.

Vázquez-Barquero, J.L., Herrera Castanedo, S., Artal, J.A., Gaite, L., Cuesta Núñez, M.J. Goldberg, D. y otros (1993). Factores implicados en las "rutas asistenciales" en salud mental. *Actas Luso-Española Neurología y Psiquiatría*. Vol. 21, nº 5, 188-203.

Vega, L.S. (1996). *Salud mental en la población sin hogar. Estudio epidemiológico en albergues para transeuntes en Gijón (Asturias)*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias, Cuadernos de Salud nº 9. Oviedo 1996.

Vega, L.S., Palomo, T. y Vázquez-Barquero, J.L. (1995). Prevalencia Psiquiátrica en personas sin hogar en Asturias después de la desinstitucionalización. *Archivos de Neurobiología*, Vol. 58, 299-323.

Ventosa Esquinaldo, F.:

----- (1981). Proyecto de especialidad de enfermería en salud mental y psiquiátrica. Actas de las 2ª Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *La Formación Postbásica en Enfermería*. 1981; Barcelona: Asociación Española de Enfermería Docente.

----- (1993). Historiar la Enfermería Psiquiátrica. *Index de Enfermería*, 1993; 6 [Última consulta septiembre 2015] . Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/6/5353.php>.

----- (1997). El enfermo mental en el siglo XV en España. Conceptuación como enfermo distinto y curable. Su cuidado. *Revista Cultura de los Cuidados*. 1997 ene-jun; 1(1):43-48. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/1pdf/1-43-3131.pdf>

----- (2000). *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España (siglos XV al XX): Una aproximación histórica*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.

Verdú, V. (2003). *El estilo del mundo: la vida en el capitalismo de ficción*. Barcelona: Anagrama.

Villasante, O. (2011). La Polémica en torno a los manicomios, 1916. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 31, nº 112, 767-775.

Wilensky, H. (1964). *The professionalization of everyone?* Nueva York: American Journal of Sociology.

Wright von C.H. (1987). *Explicación y Comprensión*. Madrid, Alianza.

Zapico Yáñez, F. (2005). *Avances en la práctica de la profesión enfermera. Visiones de una misma realidad*. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología y Análisis Organizacional, Universidad de Barcelona. Barcelona.

Zuazu, A.I. y De Potestad, F. (2002). Las crisis existenciales del nuevo siglo. *Revista Norte de Salud Mental*, Vol. 4, nº 14, 11- 20

ABREVIATURAS

- AEN:** Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- AISNA:** Administración Institucional de la Sanidad Nacional.
- ANESM:** Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental.
- AP:** Atención Primaria.
- APA:** Asociación de Psiquiatría Americana
- ATS:** Ayudante técnico sanitario.
- BOE:** Boletín oficial del Estado.
- CCAA:** Comunidades Autónomas.
- CCE:** Comisión de las Comunidades Europeas.
- CIE:** Consejo Internacional de Enfermeras.
- CIE:** Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, Traumatismos y Causas de Defunción.
- CNPEPC:** Comisión Nacional Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica.
- CRP-S** Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- CSM I-J:** Unidad/Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- CSM:** Unidad/Centro de Salud Mental de Adultos.
- DRL:** Dispositivos de Rehabilitación Laboral.
- DUE:** Diplomado Universitario de enfermería.
- DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales.
- EIR:** Enfermero/a interno residente.
- FANAES:** Federación Andaluza de Allegados de Esquizofrénicos.
- FEAFES:** Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
- HD I-J:** Hospitalización Parcial (Día) Infanto-Juvenil.
- HD:** Hospitalización Parcial (Día) de Adultos.
- II GM:** Segunda Guerra Mundial.
- INSALUD:** El Instituto Nacional de la Salud.
- LISMI:** Ley de integración Social de los Minusválidos.
- MBE:** Medicina basada en la evidencia.

- MIR:** Médico interno residente.
- NANDA:** Nursing Asociation, Nursing Diagnosis American.
- NIC:** Nursing Interventions Classification.
- NOC:** Nursing Outcomes Classification.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- ONU:** Organización de Naciones Unidas
- PANAP:** Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
- PIR:** Psicólogo interno residente.
- RD:** Real Decreto.
- RP:** Reforma Psiquiátrica.
- SATSE:** Sindicato de Enfermería.
- SM:** Salud Mental.
- SNS:** Sistema Nacional de Salud.
- TEAP:** Técnico Especialista de Asistencia Psiquiátrica.
- TMG:** Trastorno mental grave
- UCE A:** Unidad de Hospitalización Breve de Adultos.
- UCE I-J:** Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil
- ULE:** Unidades de Larga Estancia
- UME:** Unidades de Media Estancia.

ANEXOS

ANEXOS:

- I. Guion de la entrevista semiestructurada
- II. Relación de los entrevistados
- III. Escritos reivindicativos
- IV. Relación de tablas
- V. Relación de gráficos
- VI. Relación de cuadros

I. GUION DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

Datos generales:

- Edad
- Formación
- Cuanto tiempo llevas trabajando o has trabajado en Salud Mental.
- El trabajar en SM ¿es una decisión vocacional, es casualidad, es fortuito pero luego se hace vocacional, es una necesidad de trabajar....?
- Itinerario laboral en SM

Recursos:

- Opinión y valoración sobre la disponibilidad de servicios de atención a la salud mental en tu comunidad, ¿son suficientes, cubren todas las necesidades, las listas de espera son aceptables?
- El número de profesionales en tu centro de trabajo ¿es el adecuado?
- La distribución por categorías ¿es la adecuada a las necesidades asistenciales?, si piensas que otra distribución sería más eficaz, especificala.
- Las funciones asignadas a tu categoría profesional ¿han ido cambiando a lo largo de los años y/o servicio?
- Crees que están claras las competencias de cada categoría, debería ser de otra manera

Equipo:

- ¿Qué disciplinas profesionales trabajan en tu servicio?
- ¿La organización del trabajo se considera como “de funcionamiento en equipo”?
- Se ofrece una definición muy general de los conceptos de equipo multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar Señala la qué mejor se adecua al funcionamiento real de tu servicio.
- ¿Cómo está distribuida la asunción de tareas asistenciales entre los diferentes profesionales que componen el equipo?
- Se realizan reuniones de coordinación o equipo, descríbelas.
- Aspectos conflictivos del funcionamiento en equipo de tu servicio ¿Cuál consideras que es la causa de cada uno de ellos?
- Aspectos positivos del funcionamiento en equipo de tu servicio ¿Cuál consideras que es la causa de cada uno de ellos?
- A tu juicio cuales podrían ser criterios de mejora del funcionamiento
- Como miembro del equipo ¿cuál es tu nivel de satisfacción personal con el rol asignado a tu categoría?

Modelo teórico práctico:

- Crees que el modelo comunitario se puede dar por asentado en el funcionamiento de la red de servicios de SM de tu comunidad: Si No
- El funcionamiento concreto de tu servicio ¿se acoge a los principios comunitarios?
- Si observas desviaciones puedes decir en qué aspectos:

Asociaciones profesionales:

- Pertenece o has pertenecido a alguna asociación profesional del ámbito de la SM. Si es así cual tu valoración, su función a nivel social y particular.

Condiciones de vida de los enfermos:

- Valora la calidad de vida de los pacientes con los que trabajas, los aspectos mejor o peor cubiertos, sus necesidades....
- Valora la consideración social, el trato y respeto que recibe el enfermo mental y en su caso si has observado evolución a lo largo de tu trayectoria profesional.
- ¿Cuál es tu opinión de las Asociaciones de enfermos y familiares?
- Como profesional ¿tienes contacto con las asociaciones de enfermos o familiares? Si es así concreta en qué casos.

Valoración de la profesión enfermera en el ámbito de la Salud Mental

- Explica tu apreciación personal del rol profesional que asume la enfermería en los dispositivos de salud mental en los que hayas tenido relación.

II. RELACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS:

Código	Profesión	Descripción	Fecha
AE 1	Auxiliar Enferm.	18 años de experiencia en SM, actualmente en ULE	15-1-15
AE 2	Auxiliar Enferm.	20 años de experiencia en SM, actualmente en CSM.	18-1-15
AE 3	Auxiliar Enferm.	24 años de experiencia en SM, actualmente en CSM	17-3-15
AE 4	Auxiliar Enferm.	28 años de experiencia en SM, actualmente en ULE.	2-2-15
ESM 1	Enfermería	15 años de experiencia en SM, actualmente en ULE.	15-1-15
ESM 2	Enfermería	15 años de experiencia en SM, actualmente en ULE	2-2-15
ESM 3	Enfermería	26 años de experiencia en SM, actualmente en CSM adultos	20-4-15
ESM 4	Enfermería	4 años de experiencia en SM, actualmente en ULE	24-2-15
ESM 5	Enfermería	Residente, 2 años de experiencia en SM	2-3-15
ESM 6	Enfermería	Residente, 2 años de experiencia en SM.	2-3-15
ESM 7	Enfermería	10 años de experiencia, actualmente en UME	19-3-15
ESM 8	Enfermería	26 años de experiencia en SM, actualmente en USMIJ	9-3-15
ESM 9	Enfermería	5 años de experiencia en SM, actualmente en CSM	10-3-15
ESM 10	Enfermería	6 años de experiencia en SM, actualmente en Centro de Día	27-4-15
ESM 11	Enfermería	9 años de experiencia en SM, actualmente en UCE	8-4-15
ESM 12	Enfermería	11 años de experiencia en SM, actualmente en UCE	9-4-15

Código	Profesión	Descripción	Fecha
ESM 13	Enfermería	5 años de experiencia en SM, actualmente en ULE	23-3-15
PC 1	Psicólogo	34 años de experiencia en SM, actualmente en Centro de Día	27-4-15
PQ 1	Psiquiatra	18 años en SM, actualmente en dispensario rural	29-3-15
PQ 2	Psiquiatra	20 años de experiencia en SM, actualmente en Centro de Día	29-3-15
PQ 3	Psiquiatra	35 años de experiencia, recientemente jubilado	5-4-15
PQ 4	Psiquiatra	40 años de experiencia en SM, jubilado	29-3-15
PQ 5	Psiquiatra	8 años de experiencia en SM, actualmente en USM	19-4-15
U 1	Usuario	15 años en seguimiento por diferentes servicios de SM, actualmente en CSM	11-3-15
U 2	Usuario	18 años de seguimiento en SM, actualmente en USM y familiar de enfermo mental en seguimiento en USMIJ.	4-3-15
F 1	Familiar usuario	5 años de contacto con los servicios de SM	29-4-15
F 2	Familiar usuario	15 años de contacto con los servicios de SM	29-4-15

III. ALGUNOS ESCRITOS REIVINDICATIVOS.

Excmo. Sr. D. Fernando García Vicente

Justicia de Aragón

C/ Don Juan de Aragón, 7
50001 Zaragoza

Zaragoza, a 20 de abril de 2007

Excmo. Sr.:

Nos ponemos en contacto con usted para informarle de las inquietudes generadas en el colectivo de enfermeros de Salud Mental que accedemos a la especialidad por la vía excepcional, ante la próxima publicación del proyectado Decreto sobre la creación de la Categoría en nuestra C.A. Proyecto al que en ningún caso nos oponemos pero que deja al margen a los profesionales que hemos trabajado, y seguimos haciéndolo con demostrada competencia, para elevar el nivel de Salud Mental de la población de aragonesa.

Basándonos en la reglamentación exponemos que:

1º- Conforme la Disposición Transitoria Segunda del Real decreto 450/2005 de 22 de abril sobre Especialidades de Enfermería, que regula el Acceso Excepcional al Título de Especialista, se abrió un proceso de acceso a la titulación de Especialista en Salud Mental para quienes ya venían asumiendo la asistencia en dicha especialidad con reconocida competencia. Tal proceso se encuentra plenamente en curso, y requiere acreditar EXPERIENCIA PROFESIONAL y la formación específica. En el caso de la especialidad de Enfermería en Salud Mental se tendrá en cuenta la experiencia profesional acreditada antes del 4 de agosto de 1998 y el plazo para presentar la documentación finaliza el próximo 7 de mayo.

2º- Con fecha de 30 de enero de 2007 en Mesa Sectorial de Sanidad se aprueba la creación de la categoría estatutaria de Enfermera Especialista en Salud Mental en esta C.A., en la que se recoge que únicamente podrán acceder a los puestos de trabajo catalogados como tal aquellos que estén en posesión del título de enfermero especialista, así como sus retribuciones.

3º- Aprobándose el decreto autonómico proyectado con la redacción actual de su borrador, sitúa injustamente a los profesionales con experiencia y formación y que están en proceso de regular su titulación por la Vía excepcional (que ya debería estar resuelta de haber existido diligencia por parte de la administración) en situación de desventaja e irreversibilidad, perjudicando especialmente a los profesionales que pudiendo optar a la especialidad en un futuro próximo y no estando en la actualidad en puestos de SM no pueden presentarse a las plazas que salgan a concurso de traslados u oposición. Y los profesionales que llevan ocupando desde hace años puestos en la red de Salud Mental con carácter fijo tampoco pueden optar a traslados hasta que estén en posesión del título.

Además recordemos que el SALUD se ha comprometido a sacar antes de mayo una oferta pública para consolidar empleo, plazas a las que en cuanto estén catalogadas para SM no podremos acceder ni por oposición ni concurso de traslados.

4º- Teniendo en cuenta que todos los profesionales de Enfermería perjudicados por este acuerdo, somos profesionales que:

- Contamos entre 20 y 12 años de experiencia al servicio de esta CA.
- Que durante este tiempo, a nivel de Enfermería, hemos puesto en marcha todos los dispositivos asistenciales de la red de Salud Mental de esta CA: las unidades de corta estancia en los hospitales generales. Los centros de salud mental, las unidades de trastorno de la personalidad y de la conducta alimentaria, los centro de día...
- Desde que se acreditó la Unidad Docente , hace 7 años, hemos formado o seguimos formando a los Enfermeros Especialistas, sin reconocimiento alguno y que una vez finalizado su periodo formativo accederán a plazas para nosotros vedadas.
- Realizamos las mismas funciones asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión que los enfermeros especialistas.
- Consideramos que estamos ofreciendo a la población aragonesa una calidad de cuidado no inferior a la que puedan dar los enfermeros especialistas, formados por nosotros y con menor experiencia.
- Se pone en riesgo, o no quedan garantizados, derechos tales como retribuciones, comisiones de servicio, excedencias, traslados dentro y fuera de nuestro centro.
- Se puede dar la circunstancia que desempeñando el mismo trabajo no podamos optar a determinados puestos y nuestras retribuciones sean menores que las de otros compañeros que hayan sido formados por nosotros.
- La situación de parálisis en que se encuentra el desarrollo de nuestra habilitación es por deficiencia exclusivamente de la Administración Central.
- En ninguna de las profesiones en las que se ha producido un proceso de especialización (médicos, psicólogos...) se ha dado la circunstancia de que los profesionales que tradicionalmente venían desempeñando esas funciones se hallan visto relegados o perjudicados en el periodo de transición.
- No existe precedente en CA alguna de una situación como la que se va a generar en Aragón, al poner en marcha la creación de la Categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental sin que antes se haya reconocido la especialidad a aquellas que desempeñan dichas funciones

Además, se está generando un nuevo colectivo de afectados con aquellos profesionales que según la redacción del Real Decreto de Especialidades de Enfermería, que por no reunir los requisitos antes del 4 de agosto del 98 (fecha en que se produjo la primera convocatoria para acceder al sistema de residencia de la especialidad) ven vedado su acceso a la vía excepcional, lo que les sitúa en “tierra de nadie”, pese a haber adquirido una elevada cualificación, en muchos casos con más de 8 años de experiencia acumulada. Situación reconocida injusta desde

todos los ámbitos, denunciada y que conocemos se ha mostrado interés por rectificarla desde instancias competentes.

Por todo ello, tras una reunión celebrada en el Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza el día 13 de marzo 2007, los perjudicados por el decreto de creación de la Categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental, le informamos que como colectivo hemos tomado algunos acuerdos como informarle a usted, a los Agentes Sociales, al Sr. Gerente del SALUD, al Presidente del Colegio de Enfermería y a las Asociaciones Profesionales.

POR TODO LO CUAL LE SOLICITAMOS SU APOYO EN:

1- Defender que en nuestra C.A. se adopten las decisiones oportunas para que nadie resulte perjudicado en este periodo transitorio:

- Modificando el texto que regula esta categoría profesional incorporándose al mismo los términos “...y aquellos que estén en condiciones de obtenerlos”, en el primer párrafo del artículo 3.
- Poder participar en la provisión de puestos de trabajo catalogados para Enfermera Especialista en Salud Mental.
- El cobro de las retribuciones correspondientes por desempeñar idénticas funciones.

2-Trasladar al Ministerio la información sobre la situación a nuestro juicio irregular que se genera en tanto las CCAA se ven en la necesidad de crear de la Categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental al tener profesionales formados en ella por la actual vía EIR que lógicamente exigen puestos específicos, en tanto la regulación de los profesionales que tienen el derecho a acceder por la vía excepcional no se ha producido.

3- Instar al Ministerio dentro de sus posibilidades, a avanzar en el proceso administrativo requerido para dar curso a las solicitudes para el acceso según la disposición transitoria segunda, prevista en el Real Decreto 450/2005 del 22 de abril sobre especialidades de Enfermería,.

Se le adjuntan los escritos dirigidos al Sr., Gerente del SALUD, al Presidente del Colegio de Enfermería y a las Centrales Sindicales

Muy agradecidos de antemano, no dudamos tendrá a bien considerar favorablemente nuestras propuestas. Quedando a su disposición para cuantas aclaraciones precise.

Le saluda atentamente:

El colectivo de enfermeros afectados por el decreto de categoría SM

AL DEFENSOR DEL PUEBLO

....., mayor de edad, enfermero/a, vecino/a de, con DNI nº, ante el **DEFENSOR DEL PUEBLO** comparezco y, como mejor proceda, **DIGO**:

Por medio de la presente vengo a formular un escrito de queja, en virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo y en concreto, de conformidad con lo establecido en sus artículos 15 y siguientes, con base y fundamento en:

PRIMERO.-El Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio, reguló la obtención del título de Enfermero Especialista de Salud Mental, suprimiendo la anterior especialidad de Enfermería Psiquiátrica. En este decreto se posibilitaba la obtención de dicho título a quienes a su entrada en vigor reunieran las condiciones previstas en sus disposiciones transitorias primera y segunda.

Esta nueva especialidad, no se reguló hasta la Orden Ministerial del 30 de Julio 1998 en la que se crea la formación vía EIR (Enfermero Interno Residente).

Las enfermeras como yo que cumplíamos los requisitos para ser convalidados esperamos que las administraciones pertinentes resolvieran y pusieran a trámite las vías transitorias que se definieron en el Real Decreto antes mencionado, pero nunca se llegó a ofertar la legislada vía de convalidación "excepcional" mencionada en este Real Decreto 992/1987.

Posteriormente y por la publicación del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, se vuelve a regular el acceso Excepcional al Título de Especialista (Disposición Transitoria Segunda), abriendo un proceso de acceso a un único título de Enfermero, o de Ayudante Técnico-Sanitario, Especialista de las especialidades incluidas en el Artículo 2, a los correspondientes titulados que acrediten el ejercicio profesional.....que, para la Especialidad de Enfermería en Salud Mental debían de haber sido reunidos antes del 4 de Agosto de 1998 y superen una prueba de evaluación de la competencia, en los términos y por el procedimiento previstos en los apartados siguientes de esa Disposición Transitoria.

Ya presentada la documentación y en la fase de valoración de los expedientes, se publica una ampliación para el plazo y modificación de las vías de convalidación, por la experiencia profesional, en el Real Decreto 183/2008 del 8 de febrero que en la actualidad sigue en trámite de valoración de los expedientes acumulados.

SEGUNDO.-La falta de una resolución de la administración, dura 22 años de dilación, y ha significado la paralización y el retraso del procedimiento de convalidación definido en varios Real Decretos antes mencionados.

Personalmente me ha imposibilitado el derecho a una promoción profesional, dejándome además en una situación de indefensión.

TERCERO.- Se han generado alrededor de 50.000 solicitudes de enfermeras que como yo, han presentado su solicitud a los Ministerios de Ciencia e Innovación y de Sanidad (según la información dada por el SATSE, con fecha 2 de abril de 2009).

En mi caso particular, presenté mi solicitud de homologación del título de enfermero de salud mental en fecha, sin que a fecha actual, el Ministerio de Educación haya dictado todavía resolución alguna de que se estime o no mi solicitud.

Tampoco se ha impulsado el proceso de convalidación ni se ha publicado la Orden que lo desarrolle.

CUARTO.- Las consecuencias de estas dilaciones e improcedentes actuaciones causan un evidente perjuicio al/la compareciente, pues al no haberse resuelto el procedimiento para obtener el título de especialista por la vía excepcional señalada, tampoco me ha sido posible presentarme a las distintas convocatorias de plazas de enfermero especialista en Salud Mental que se han convocado o que se puedan convocar, a pesar de contar con una dilatada experiencia profesional en el ámbito de la Salud Mental.

QUINTO.- En concreto, me siento afectada por la resolución de 4 de abril del 2.007, del Director General de Recursos Humanos de la Conselleria de Sanitat, de la Generalitat Valenciana, (publicada en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana del 16 de abril de 2007), por el que se ha creado la categoría profesional de Enfermero Especialista de Salud Mental, incluyéndose dicha categoría en las Listas de Empleo Temporal de la bolsa de trabajo creada por Orden de la Conselleria de Sanidad de 27 de mayo de 2.004, sin que el/la compareciente pueda inscribirse en dicha bolsa por las razones expuestas, con el grave perjuicio que me ocasiona.

Asimismo, en otras comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Cantabria, Galicia, Madrid, País Vasco, Castilla La Mancha y Murcia, ya cuentan con plazas de Enfermería Especializada en Salud Mental, según la información que consta en la revista del CECOVA (consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana) de abril de 2009, viéndome limitada también en estas otras CCAA.

SEXTO.- Que, desde el inicio de esta especialidad, somos los profesionales de enfermería no especialistas aún, por los motivos que vengo exponiendo, que trabajamos en los distintos recursos asistenciales de Salud Mental, los que formamos a los futuros especialistas, tanto en la teórica como en la práctica.

SEPTIMO.- Que, mi experiencia profesional ejercida en diferentes recursos asistenciales de Salud Mental es en la actualidad de.....años y.....meses en total, y al igual que muchos otros compañeros, esto demuestra ya sobradamente, mi competencia para desarrollar eficientemente las tareas del puesto de trabajo de Enfermero Especialista de Salud Mental.

La experiencia es tomada en cuenta para poder acceder a el “acceso excepcional al título de especialista”, pero además se nombra una “prueba de evaluación de la competencia” que por lo que conocemos no ha sido necesaria en la homologación de otros títulos como es el de los Psicólogos en su convalidación a Psicólogo Clínico (Real Decreto 2490/1998 del 20 de noviembre), en los que la experiencia profesional ha sido suficiente.

También se valora la experiencia, previa a cualquier prueba, en los Médicos que pasan la prueba a Médicos Especialistas por la vía de Mestros.

No se entiende esta distinción, que se aplica de distinta forma en situaciones profesionales similares, cuando además son los mismos organismos ministeriales los ocupados en resolverlos.

OCTAVO.- En relación a la “prueba de evaluación de la competencia” mencionada en la disposición transitoria:

-Reseñar que debe prevalecer, el merito de los años de ejercicio de la función y competencia profesional en Salud Mental, por encima de un posible “azaroso examen”.

NOVENO.-En las disposiciones transitorias no se mencionan literalmente los términos examen o test, por lo que supone no es exigible.

DECIMO.- Es incongruente que si el objeto de la posible prueba objetiva es, evaluar la “competencia de los aspirantes en sus ámbitos de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios, para el adecuado ejercicio de la especialidad” nuestros años de experiencia profesional no sean tenidos en cuenta exclusivamente, dando pie a pensar que todo el tiempo trabajado haya sido sin reunir las cualificaciones, que ahora esta prueba quiere evaluar.

En relación a la competencia que se pretende evaluar, es la que se me ha atribuido derecho duranteaños y....meses de ejercicio de la función y competencia profesional en cuestión del ámbito de la Salud Mental y que yo en la actualidad reclamo como derecho.

Que, por tanto, mediante la presente le comunico mis quejas y peticiones:

QUEJA: La paralización histórica, la tardanza en la tramitación y resolución del procedimiento administrativo, las dilaciones indebidas, evidentemente, están ocasionando un grave perjuicio a mis intereses profesionales, sin perjuicio de otros daños, así como la propia incertidumbre acerca de mi futuro profesional con las consecuencias que ello conlleva y descritas en este informe.

PETICION:

1- Que se impulse y complete la vía transitoria definitivamente sin más dilación, poniendo los recursos administrativos necesarios.

2- Que se definan vías resolutivas en el aspecto definido como “prueba de evaluación de la competencia” y que la competencia sea en si la experiencia ya justificada documentalmente en mi expediente presentado,

Considerando de esta forma la promoción a través del trabajo, según se define en el artículo 35 de La Constitución Española de 1978 y se evite así el posible perjuicio de una prueba de evaluación inadecuada.

3-Que no se haga declaración tácita de incompetencia a profesionales, por causa de un procedimiento de evaluación inadecuado.

4-Que el procedimiento de la vía transitoria resuelva las imperfecciones legalmente en los Ministerios responsables.

SUPLICO AL DEFENSOR DEL PUEBLO que, teniendo por presentado este escrito, se digne admitirlo, y por formulada la correspondiente QUEJA, y tras los trámites legales, acuerde admitirla a los efectos pertinentes.

.....a dede 2009.

Firmado:

Nombre, Dirección y teléfonos.

Jefa de Servicio de Enfermería

Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud

Ministerio de Educación y Ciencia

Pº del Prado 18-20

Madrid 280014

Me dirijo a Ud. Como representante de un colectivo formado por 120 trabajadores de la sanidad pública en nuestra Comunidad Autónoma, Aragón.

Somos enfermeras/os que venimos haciendo nuestra labor asistencial en distintos dispositivos de la red de salud mental.

En nuestra profesión la formación en Enfermería psiquiátrica se inicia en 1970 con la especialidad de Psiquiatría para Ayudantes Técnicos Sanitarios al integrarse los estudios de Enfermería en la Universidad se autoriza en 1980 a Diplomados en Enfermería a cursar “las especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios” (Preámbulo R.D. 992/1987). Este R.D. 992/ 1987 viene a regular la obtención del título de enfermero especialista para Diplomados en Enfermería. A pesar de ello, la especialidad no se desarrolla hasta que el 9 de junio de 1998 la secretaria de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Mio. De Educación y Ciencia establece el perfil profesional del especialista en Salud Mental y, aprueba con carácter provisional el programa formativo de la especialidad. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias recoge en el Título II una nueva ordenación de las especialidades en Ciencias de la Salud, incluyendo las especialidades de Enfermería.

El R.D. 450/2005, de 22 de abril de especialidades de Enfermería, en su disposición transitoria segunda establece el acceso excepcional al título de enfermo especialista para aquellos que superen una prueba de evaluación y puedan acreditar alguna de las siguientes situaciones en actividades de la correspondiente especialidad:

- Ejercicio profesional de al menos cuatro años
- Ejercicio profesional de dos años, más formación continuada acreditada de al menos 40 créditos en el campo de la especialidad correspondiente o bien, a un título de postgrado universitario de al menos 20 créditos o 200 horas
- Ejercicio docente en las escuelas Universitarias y un año de actividad asistencial

Pero en el caso de salud mental, estos requisitos deben reunirse antes del 4 de agosto de 1998, en le supuesto implícito de que a partir de esa fechas se pudo acceder a la citada especialidad vía EIR.

Adiá de hoy tal prueba de evolución no ha sido realizada teniendo como consecuencia el problema en el que ahora nos encontramos, la incapacidad para acceder a puestos de trabajo en salud mental.

Hasta el momento actual en esta Comunidad Autónoma la cobertura de puestos de trabajo en la red de salud mental no estaba singularizada.

En el año 2001 se acredita la red asistencial del Gobierno de Aragón como Unidad Docente para la formación de enfermeros especialistas en salud mental. Actualmente estamos a la espera de de la publicación en el Boletín Oficial de Aragón de la creación de la categoría profesional de enfermero especialista en salud mental. En dicho decreto únicamente se recoge el acceso a dicha categoría a aquellos enfermeros que estén en posesión del título de dicha especialidad, dejando excluidos del acceso a puestos de trabajo y de las retribuciones económicas correspondientes al colectivo que represento.

Consideramos que dicha exclusión es injusta ya que:

- Contamos entre 12 y 20 años de experiencia al servicio de esta Comunidad Autónoma.
- Que durante este tiempo, a nivel de Enfermería, hemos puesto en marcha todos los dispositivos asistenciales de la red de Salud Mental: las unidades de corta estancia en los hospitales generales. Los centros de salud mental, las unidades de trastorno de la personalidad y de la conducta alimentaria, los centro de día....
- Desde que se acreditó la Unidad Docente, hace 7 años, hemos formado o seguimos formando a los Enfermeros Especialistas, sin reconocimiento alguno y que una vez finalizado su periodo formativo accederán a plazas para nosotros vedadas.
- Realizamos las mismas funciones asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión que los enfermeros especialistas.
- Consideramos que estamos ofreciendo a la población aragonesa una calidad de cuidado no inferior a la que puedan dar los enfermeros especialistas, formados por nosotros y con menor experiencia.
- Se pone en riesgo, o no quedan garantizados, derechos tales como retribuciones, comisiones de servicio, excedencias, traslados dentro y fuera de nuestro centro.
- Se puede dar la circunstancia que desempeñando el mismo trabajo no podamos optar a determinados puestos y nuestras retribuciones sean menores que las de otros compañeros que hayan sido formados por nosotros.
- La situación de parálisis en que se encuentra el desarrollo de nuestra habilitación es por deficiencia exclusivamente de la Administración Central.
- En ninguna de las profesiones en las que se ha producido un proceso de especialización (médicos, psicólogos...) se ha dado la circunstancia de que los profesionales

que tradicionalmente venían desempeñando esas funciones se hallan visto relegados o perjudicados en el periodo de transición.

- No existe precedente en CA alguna de una situación como la que se va a generar en Aragón, al poner en marcha la creación de la Categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental sin que antes se haya reconocido la especialidad a aquellas que desempeñan dichas funciones
- Además de insistir en la necesidad de resolver con prontitud la aún más complicada situación de aquellos enfermeros que desempeñando su trabajo en servicios de Salud Mental, en muchos casos con carácter fijo, y que según la redacción del Real Decreto de Especialidades de Enfermería, por no reunir los requisitos antes del 4 de agosto del 98 ven vedado su acceso a la vía excepcional, lo que les sitúa en “tierra de nadie”, pese a haber adquirido una elevada cualificación, en muchos casos con más de 8 años de experiencia acumulada. Situación reconocida injusta desde todos los ámbitos, señalada en otros escritos y que conocemos se ha mostrado interés por rectificarla desde instancias competentes.

Por ello solicitamos tenga a bien influir, en la medida de sus posibilidades, para la aceleración de los trámites de acceso a la vía excepcional que nos permitan acceder a dicha categoría profesional dando fin a la situación de injusticia que estamos viviendo

Firmas.....

IV RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1: Localización de los enfermos en la Estadística de Dementes del Dr.Rubio.1848	122
Tabla 2: Estadística de los dementes ingresados en los manicomios españoles.1880.	123
Tabla 3: Evolución de la asistencia entre 1880 y 1933.....	128
Tabla 4: Estructura asistencial hospitalaria 1982	201
Tabla 5: Camas Psiquiátricas en España en 1982.....	201
Tabla 6: Distribución de establecimientos y camas psiquiátricas, según entidad jurídica a la que pertenecen en 1982.....	202
Tabla 7: Permanencia del Hospital Psiquiatrico por CCAA en 2005	278
Tabla 8: Evolución de las plazas de larga estancia por CCAA entre 1975 y 2010.....	279
Tabla 9: Centros de Salud Mental de Adultos	283
Tabla 10: Centros de Salud Mental Infanto Juvenil	284
Tabla 11: Unidades de hospitalización breve Adultos.....	286
Tabla 12: Evolución Unidades de Hospitalización breve infanto juvenil entre 2005 y 2010.	287
Tabla 13: Evolución de los recursos de Rehabilitación Psicosocial entre 2005 y 2010:	289
Tabla 14: Denominaciones de los dispositivos de rehabilitación ambulatoria:	291
Tabla 15: Hospitales de Día (adultos)	292
Tabla 16: Hospitales de Día Infanto-Juvenil	293
Tabla 17: Centros de Rehabilitación Psicosocial Ambulatoria o Centros de Día.....	294
Tabla 18: Centros de Rehabilitación Laboral Ambulatoria	295
Tabla 19: Alternativas Residenciales	296
Tabla 20: Unidades específicas por CCAA.....	297
Tabla 21: Evolución del número de camas de hospitalización	299
Tabla 22: Evolución de los servicios de Salud Mental en Madrid entre el año 2000 y 2014	300
Tabla 23: Evolución del modelo de trabajo de los diferentes profesionales:.....	304
Tabla 24: Recursos humanos 1985.....	306
Tabla 25: Recursos humanos 1995.....	306
Tabla 26: Recursos Humanos 2005	307
Tabla 27: Recursos Humanos 2010.....	307
Tabla 28: Dotación de recursos profesionales en Centros de Salud Mental (CSM) en 2010	308

V. RELACIÓN DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Líneas de trabajo:	15
Gráfico 2: Diagrama profesional	73
Gráfico 3: Modelo de Goldberg y Huxley	229
Gráfico 4: Red de Dispositivos sanitarios de Salud Mental	230
Gráfico 5: Plazas en Centro de Rehabilitación Psicosocial	309
Gráfico 6: Plazas en Hospital de Día	310
Gráfico 7: Plazas en Unidad de Media Estancia.....	311
Gráfico 8: Plazas en Miniresidencias	311
Gráfico 9: Itinerario formativo de enfermería	381

VI. RELACIÓN DE CUADROS

Cuadro 1: Puntos básicos del Informe Ministeria para la Reforma Psiquiátrica.....	210
Cuadro 2: Legislación en Salud Mental	216
Cuadro 3 Legislación reguladora de la especialización.....	217
Cuadro 4: Funciones del especialista en Psiquiatría.....	251
Cuadro 5: Funciones del especialista en Psicología Clínica.....	254
Cuadro 6: Funciones del especialista en Enfermería de Salud Mental.....	257
Cuadro 7: Funciones del Auxiliar de enfermería.....	261
Cuadro 8: Asociaciones y Sociedades profesionales.....	332
Cuadro 9: Recomendaciones para la erradicación del estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental	353